



Krankenvollversicherung. Grundlagen Ihres Krankenversicherungs- vertrages und weitere Informationen.

Stand: Januar 2024



württembergische

Ihr Fels in der Brandung.

Inhaltsverzeichnis

In dieser Broschüre finden Sie die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie weitere Informationen für Ihren individuellen Vertrag:

	Seite	
Übersichtsblatt – Verbraucherinformationen auf einen Blick.....	4	
Zusätzliche Informationen für die substitutive Krankenversicherung	6	
Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht	6	
Datenschutzhinweise	7	
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung – für die Vollversicherung	9	
Vollkostenversicherung		
Allgemeiner Teil Krankheitskostenvollversicherung		
Grundsätzliche Regelungen zu den Tarifmodulen der Krankheitskostenvollversicherung	20	
Tarifmodul Ambulant Premium		
Premiumschutz für ambulante Leistungen	22	
Tarifmodul Ambulant Premium Hausarzt		
Premiumschutz für ambulante Leistungen mit Hausarztprinzip	27	
Tarifmodul Ambulant Komfort		
Komfortschutz für ambulante Leistungen	32	
Tarifmodul Ambulant Komfort Hausarzt		
Komfortschutz für ambulante Leistungen mit Hausarztprinzip.....	36	
Tarifmodul Stationär Premium		
Stationärтар für Ein- und Zweibettzimmer und wahlärztliche Leistungen – Premiumschutz	41	
Tarifmodul Stationär Komfort		
Stationärтар für Zweibettzimmer und wahlärztliche Leistungen – Komfortschutz	43	
Tarifmodul Stationär Kompakt		
Stationärтар für allgemeine Krankenhausleistungen – Grundschutz	45	
Tarifmodul Zahn Premium Premiumschutz für Zahnleistungen.....	47	
Tarifmodul Zahn Komfort Komfortschutz für Zahnleistungen	49	
Tarifmodul Zahn Kompakt Grundschutz für Zahnleistungen	51	
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung – für die Krankheitskostenteil- und die Optionsversicherung		53
Optionsversicherung		
Tarif OPTU Optionsversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung.....	60	
Krankheitskostenteilversicherung		
Tarif SBZU/SBVU Sonderbedingungen zur Beitragsentlastung im Alter (SBZU/SBVU).....	61	
Tarif KHTU Krankenhaustagegeldtarif.....	61	
Krankentagegeldversicherung		
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung – für Tarife KTVA und KTVS		
Tarif KTVA Krankentagegeldtarif für Arbeitnehmer	71	
Tarif KTVS Krankentagegeldtarif für Selbstständige	73	
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung – für Tarif KTSU		75
Tarif KTSU Krankentagegeldtarif für Selbstständige	81	
Private Pflegepflichtversicherung		
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die private Pflegepflichtversicherung		82
Tarif PV Private Pflegepflichtversicherung	89	
Pflege- und Hilfsmittelverzeichnis	109	
Besondere Bedingungen		
für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (GANW-PPV)	111	
Besondere Bedingungen		
für die kleine Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (KANW-PPV)	112	
Zusatzvereinbarungen für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten	112	

Private Pflegezusatzversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung	113
Tarif PZ Pflegemonatsgeldversicherung	120
Tarif PZA Pflege-Airbag	121
Tarif PZAS Pflege-Assistance	122
Tarif PZEL Pflege-Einmalleistung	123
Besondere Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung	124
Besondere Vereinbarung für das erweiterte Ruhen der Krankenversicherung	124
Besondere Bedingungen für die Große Anwartschaftsversicherung	125

Auslandsreisekrankenversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB RK) für die Auslandsreise-Krankenversicherung	
Tarif RK für Einzelpersonen mit monatlicher Beitragszahlung (nur in Verbindung mit einer Krankheitskosten- oder Tagegeldversicherung)	126
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB RKM) für die Auslandsreise-Krankenversicherung	
Tarif RKM für Einzelpersonen mit monatlicher Beitragszahlung (nur in Verbindung mit einer Krankheitskosten- oder Tagegeldversicherung)	130
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB RKFM) für die Auslandsreise-Krankenversicherung	
Tarif RKFM für Familien mit monatlicher Beitragszahlung (nur in Verbindung mit einer Krankheitskosten- oder Tagegeldversicherung)	133

Verbraucherinformationen auf einen Blick (Informationen nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sowie § 1 VVG-Informationspflichten- verordnung [VVG-InfoV])

1. Unsere Identität

Württembergische Krankenversicherung AG,
Kornwestheim,
Registergericht: Amtsgericht Stuttgart, Handelsregister B Nr. 19456

2. Identität unseres für Sie zuständigen Vertreters in einem Mitglieds- staat der Europäischen Union, wenn Sie dort Ihren Wohnsitz haben

Entfällt

3. Ladungsfähige Anschriften

Württembergische Krankenversicherung AG,
W&W-Platz 1, 70806 Kornwestheim

Vertretungsberechtigte

Vorstand: Jacques Wasserfall, Dr. Jonas Eickholt

4. Unsere Hauptgeschäftstätigkeit

Gegenstand unseres Unternehmens ist der Betrieb der privaten Kranken- und Pflegeversicherung, die Vermittlung von Versicherungen in Zweigen, die unser Unternehmen nicht selbst betreibt sowie der Betrieb anderer Geschäfte, die mit dem Versicherungsgeschäft in unmittelbarem Zusammenhang stehen.

5. Hinweis zum Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen

Zur Absicherung der Ansprüche aus dem Vertrag besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds, der bei der Mediator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln, errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer und der versicherten Person. Die Württembergische Krankenversicherung AG gehört dem Sicherungsfonds an.

6. Allgemeine Versicherungsbedingungen einschließlich Tarifbestimmungen

Die Allgemeinen und die Besonderen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen erhalten Sie als Anlage.

Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistungen: Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung unserer Leistungen

Siehe Vorschlag mit unverbindlicher Beitragsberechnung, Informationsblatt zu Versicherungsprodukten und Individuelle Vertragsinformationen bzw. (Angebot zum) Versicherungsschein sowie die Allgemeinen und die Besonderen Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen.

7. Gesamtpreis der Versicherung

Siehe Vorschlag mit unverbindlicher Beitragsberechnung und Individuelle Vertragsinformationen bzw. (Angebot zum) Versicherungsschein sowie Angaben in Ihrem Antrag, wenn der Vertrag unverändert zustande kommt. Bei der Ermittlung der Beiträge berücksichtigen wir die von Ihnen und gegebenenfalls den versicherten Personen in Ihrem Antrag / Ihrer Angebotsanforderung angegebenen gefahrerheblichen Umstände (z. B. Ihre Gesundheitsangaben), die wir in Ihrem (Angebot zum) Versicherungsschein dokumentieren.

8. Eventuell zusätzlich anfallende Kosten

Neben etwaigen gesetzlichen Ersatzansprüchen werden über die vereinbarten Beiträge hinaus Kosten und Gebühren nur in den durch die Allgemeinen und die Besonderen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen festgelegten Fällen in Rechnung gestellt. Sofern Sie sich auf Auslandsreisen befinden und eine Auslandsreisekrankenversicherung und/oder eine Krankheitskostenvollversicherung versichert haben, steht Ihnen an 365 Tagen im Jahr und rund um die Uhr ein Notruf-Service unter der kostenfreien Rufnummer 00 800 81 82 6000 zur Verfügung. Falls der von Ihnen gewählte Anbieter oder Netzkartenvertrag keine Verbindung zu kostenfreien 00 800-Nummern zulässt, wählen Sie bitte die Nummer +49 711 662 723333. Hierfür fallen bei Anruf aus dem deutschen Fest- und Mobilfunknetz die ortsüblichen Kosten an. Bei Anrufen aus dem Ausland können die Kosten sowohl aus dem ausländischen Festnetz als auch aus dem ausländischen Mobilfunknetz höher sein.

Für die Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren mangels Kontendeckung ist in der Regel eine Gebühr je Rückläufer durch Sie zu entrichten. Das gilt auch bei Rückläufern wegen falscher Bankverbindung und fehlender Mitteilung einer neuen Bankverbindung.

9. Beitragszahlung

Einzelheiten zur Zahlung des Beitrags, insbesondere zur Zahlungsweise und zur Fälligkeit, sind dem (Angebot zum) Versicherungsschein sowie den Allgemeinen und den Besonderen Versicherungsbedingungen und den Tarifbestimmungen zu entnehmen.

10. Geltungsdauer unserer Informationen

Die im Vorschlag mit unverbindlicher Beitragsberechnung und in den Individuellen Vertragsinformationen genannten Beiträge sind längstens bis zum Beginn des neuen Jahres gültig. Alle anderen Informationen haben grundsätzlich eine unbefristete Geltung, längstens jedoch bis zum Zeitpunkt erforderlicher Änderungen.

11. Spezielle Risiken oder Preisschwankungen auf dem Finanzmarkt aufgrund eines Zusammenhangs des Versicherungsvertrags mit Finanzinstrumenten

Keine

12. Zustandekommen des Vertrags

Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn wir Ihren Versicherungsantrag ausdrücklich annehmen oder Sie unser Angebot zum Versicherungsschein durch Unterzeichnung und Übermittlung des Annahmeschreibens („Einverständniserklärung“) an uns annehmen. Das Einverständnis der versicherten Personen und ggf. der gesetzlichen Vertreter muss ebenfalls vorliegen.

Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im (Angebot zum) Versicherungsschein festgelegten Zeitpunkt. Gegebenenfalls sind Wartezeiten zu beachten. Den gewünschten Beginn entnehmen Sie den Angaben im Antrag.

Bindungsfrist hinsichtlich des Antrags /Angebots zum Versicherungsschein

Wenn Sie ein Angebot zum Versicherungsschein erhalten haben, halten wir uns an das Angebot 4 Wochen, bei Erschwerisangeboten 6 Wochen ab Angebotsdatum gebunden.

13. Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

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

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

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

jeweils in Textform zugegangen sind.

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

Württembergische Krankenversicherung AG,
W&W-Platz 1, 70806 Kornwestheim,
E-Mail Adresse:
krankenv.vertragsservice@wuerttembergische.de
Internetadresse: <http://www.wuerttembergische.de>

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Telefaxnummer zu richten: 0711 662-723380 bzw. -723910.

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 eine Betrag in Höhe von 1/30 der Monatsprämie bzw. 1/360 der Jahresprämie für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

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.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Unterabschnitt 1

Informationspflicht bei allen Versicherungszweigen

Folgende Informationen müssen wir Ihnen zur Verfügung stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen

- maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherten;
 4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
 5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherten;
 6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
 7. a) gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
 - b) alle Kosten, die Ihnen für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen, wenn solche zusätzlichen Kosten in Rechnung gestellt werden;
 8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
 9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
 10. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
 11. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
 12. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
 - b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
 13. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen, einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
 14. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
 15. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
 16. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
 17. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hier- von unberührt bleibt;
 18. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Unterabschnitt 2

Zusätzliche Informationspflichten bei dieser Krankenversicherung

Bei dieser Krankenversicherung müssen wir Ihnen zusätzlich zu den oben genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung stellen:

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

angebotene Tarif noch nicht seit zehn Jahren, so ist auf den Zeitpunkt der Einführung des Tarifs abzustellen, und es ist darauf hinzuweisen, dass die Aussagekraft der Übersicht wegen der kurzen Zeit, die seit der Einführung des Tarifs vergangen ist, begrenzt ist; ergänzend ist die Entwicklung eines vergleichbaren Tarifs, der bereits seit zehn Jahren besteht, darzustellen.

Ende der Widerrufsbelehrung

14. Laufzeit des Vertrags, ggf. Mindestvertragslaufzeit

Die Versicherungsdauer ist in den Allgemeinen und den Besonderen Versicherungsbedingungen sowie den Tarifbestimmungen geregelt. Bei Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherungen sowie bei Pflegetagegeldversicherungen beträgt die Versicherungsdauer im allgemeinen zwei Versicherungsjahre, bei der Krankentagegeldversicherung ein Versicherungsjahr. Die Verträge verlängern sich stillschweigend um je ein weiteres Versicherungsjahr, sofern sie nicht bedingungsgemäß drei Monate vor Ablauf gekündigt werden. Für das Ruhen und das erweiterte Ruhen der Krankenversicherung, die Anwartschaftsversicherung in der Krankenversicherung, die kleine und große Anwartschaft in der privaten Pflegepflichtversicherung, die kurzfristige Auslandsreise-Krankenversicherung mit Jahresbeitrag, die langfristige Auslandsreise-Krankenversicherung, Ausbildungstarife, die stationäre Zusatzversicherung auf Risikobasis, die Krankheitskostenzusatzversicherung für Kinder und Jugendliche auf Risikobasis sowie für Optionstarife und die Kostenerstattungstarife auf Risikobasis gelten besondere Laufzeiten.

15. Angaben zur Vertragsbeendigung, insbesondere vertragliche Kündigungsregelungen sowie etwaiger Vertragsstrafen

Ihre und unsere Möglichkeiten zur Vertragsbeendigung, insbesondere die vertraglichen Kündigungsregelungen, sind in den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen sowie den Tarifbestimmungen geregelt. Das Versicherungsverhältnis kann durch Sie zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Bei einer Beitragserhöhung können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Vertragsstrafen sind nicht vereinbart.

16. Anwendbares Recht vor Abschluss des Versicherungsvertrags

Für die Beziehungen zwischen Ihnen und uns gilt vor Abschluss des Versicherungsvertrags ausschließlich deutsches Recht.

17. Auf den Versicherungsvertrag anwendbares Recht

Für den Versicherungsvertrag gilt ausschließlich deutsches Recht.

Gerichtsstand

Wenn Sie uns verklagen:

Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung können Sie insbesondere bei folgenden Gerichten geltend machen:

- dem Gericht, das für Ihren Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen für Ihren gewöhnlichen Aufenthalt örtlich zuständig ist,
- dem Gericht, das für unseren Geschäftssitz oder für die Sie betreuende Niederlassung örtlich zuständig ist.

Wenn wir Sie verklagen:

Wir können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ausschließlich bei folgenden Gerichten geltend machen:

- dem Gericht, das für Ihren Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen für Ihren gewöhnlichen Aufenthalt örtlich zuständig ist,
- dem Gericht des Ortes, an dem sich der Sitz oder die Niederlassung Ihres Betriebs befindet, wenn Sie den Versicherungsvertrag für Ihren Geschäfts- oder Gewerbebetrieb abgeschlossen haben.

Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder Geschäftssitz nach Vertragsschluss ins Ausland verlegt haben:

Für den Fall, dass Sie Ihren Wohnsitz, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Ihren Geschäftssitz nach Vertragsschluss außerhalb Deutschlands verlegt haben oder Ihr Wohn- bzw. Geschäftssitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, gilt abweichend vorstehender Regelungen die Zuständigkeit des Gerichts als vereinbart, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

18. Vertragssprache

Maßgebliche Sprache für dieses Vertragsverhältnis und die Kommunikation mit Ihnen während der Laufzeit des Vertrags ist Deutsch.

19. Außergerichtliche Streitschlichtung

Wir haben uns verpflichtet, zur außergerichtlichen Schlichtung von Streitigkeiten für Angelegenheiten der privaten Kranken- und Pflegeversicherung einschließlich etwaiger Beschwerden gegen Versicherungsvermittler an dem Streitbeilegungsverfahren vor der vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. eingerichteten, Stelle „Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung“, Kronenstraße 13, 10117 Berlin, teilzunehmen.

Sie haben die Möglichkeit, dieses kostenlose außergerichtliche Streit-schlichtungsverfahren in Anspruch zu nehmen. Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt. So erreichen Sie den Ombudsmann:

OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin. Telefon: 0800 2 55 04 44; Telefax: 030 20 45 89 31. Weitere Informationen finden Sie unter: <http://www.pkv-ombudsmann.de>.

20. Beschwerdemöglichkeit bei der zuständigen Aufsichtsbehörde

Für Fragen zu Ihren Versicherungsverträgen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sie können sich bei Beschwerden auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorferstraße 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de, Internet: <http://www.bafin.de>, wenden.

Zusätzliche Informationen für die substitutive Krankenversicherung (Informationen nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sowie § 3 VVG-Informationspflichtenverordnung [VVG-InfoV])

1. Höhe der in die Prämie einkalkulierten Abschlusskosten und der übrigen einkalkulierten Kosten

Die in die Prämie einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten und die einkalkulierten laufenden Verwaltungskosten entnehmen Sie dem Produktinformationsblatt.

2. Mögliche sonstige Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können

Die in die Prämie einkalkulierten möglichen sonstigen Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können, entnehmen Sie dem Produktinformationsblatt.

3. Angaben über die Auswirkung steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung

In Ihrem Vertrag werden Alterungsrückstellungen gebildet. Diese Alterungsrückstellungen führen dazu, dass allein aufgrund Ihres steigenden Lebensalters der zu zahlende Beitrag über die gesamte Vertragslaufzeit unverändert gleich bleibt, soweit die Kostenverhältnisse im Gesundheitswesen unverändert sind. Der Anstieg der Aufwendungen, der sich aus den Veränderungen im Gesundheitswesen ergibt, ist jedoch nicht in den Alterungsrückstellungen berücksichtigt.

Bei steigenden Heilbehandlungskosten bzw. allgemein häufigerer Inanspruchnahme medizinischer Leistungen können sich die Leistungen des Versicherers ändern. Zur dauerhaften Erfüllung des Leistungsversprechens müssen wir bei steigenden Krankheitskosten die Beiträge unter Berücksichtigung Ihres jeweils erreichten Lebensalters entsprechend anpassen.

4. Hinweise zur Beitragsbegrenzung im Alter

Zur Beitragsentlastung im Alter bieten wir Sonderbedingungen mit garantierter Beitragsermäßigung an.

Standardtarif oder Basistarif

Bei Vorliegen der bedingungsgemäßen Voraussetzungen besteht die Möglichkeit den brancheneinheitlichen Standardtarif oder Basistarif abzuschließen. Dieser Tarif bietet ein Leistungsniveau, das dem der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht.

Tarifwechsel

Als Maßnahme zur Beitragsbegrenzung kann auch der Selbstbehalt erhöht werden oder eine Umstufung in andere Tarife unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung erfolgen. In anderen Tarifen kann der Versicherungsschutz unter Umständen reduziert sein.

Vereinbarung von Leistungsausschlüssen

Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Standardtarif oder dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen.

Möglichkeit einer Prämienminderung gemäß § 12 Abs. 1c des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG)

Der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltstufen darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen. Entsteht allein durch die Zahlung des Höchstbeitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten (SGB II) oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII), vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem SGB II oder dem SGB XII auf Ihren Antrag zu prüfen und zu bescheinigen. Besteht auch bei einem hälftigen Höchstbeitrag Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder des SGB XII, beteiligt sich der zuständige Träger nach dem SGB II oder dem SGB XII auf Ihren Antrag im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II oder dem SGB XII, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem SGB II oder dem SGB XII auf Ihren Antrag zu prüfen und zu bescheinigen; der zuständige Träger zahlt den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist.

5. Hinweis, dass Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung im fortgeschrittenen Alter in der Regel ausgeschlossen ist.

Im fortgeschrittenen Alter ist der Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung in der Regel ausgeschlossen. Dies wäre auch mit dem Verlust Ihrer erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen verbunden.

6. Hinweis über den Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter

Ein Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung kann in fortgeschrittenem Alter mit höheren Beiträgen verbunden sein und ist gegebenenfalls auf den Standardtarif oder Basistarif beschränkt.

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

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

1 Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

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

2 Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertrags-

abschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Alterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren. Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden¹⁾. Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

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

Datenschutzhinweise

Unser Umgang mit Ihren Daten und Ihre Rechte – Informationen nach Artikeln 13, 14 und 21 der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) –

Nachfolgend möchten wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Württembergische Versicherung AG, die Württembergische Lebensversicherung AG, die Württembergische Krankenversicherung AG, die Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG, die Württembergische Rechtsschutz Schaden-Service-GmbH, die Württembergische Vertriebspartner GmbH und die Ihnen nach den datenschutzrechtlichen Regelungen zustehenden Ansprüche und Rechte informieren.

1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?

Verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung ist die Württembergische Versicherung AG, Württembergische Lebensversicherung AG, Württembergische Krankenversicherung AG, Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG sowie Württembergische Rechtsschutz Schaden-Service-GmbH. Wenden Sie sich unter Angabe des jeweiligen Unternehmens bitte an

W&W-Platz 1
70806 Kornwestheim
Telefon 0711 662-0
Telefax 0711 662-829400
E-Mail info@wuerttembergische.de

Für die Württembergische Vertriebspartner GmbH wenden Sie sich bitte an

W&W-Platz 1
70806 Kornwestheim
Telefon 0711 662-0
Telefax 0711 662-829400
E-Mail makleradmin@wuerttembergische.de

Den Datenschutzbeauftragten unserer Unternehmen erreichen Sie unter:

Wüstenrot & Württembergische AG
W&W-Platz 1
70806 Kornwestheim
Telefon 07141 16-0
E-Mail dsb@ww-ag.com

2. Welche Quellen und Daten nutzen wir?

Wir verarbeiten personenbezogene Daten, die wir im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung von Ihnen erhalten. Zudem verarbeiten wir – soweit für die Erbringung unserer Dienstleistung erforderlich – personenbezogene Daten, die wir von anderen Unternehmen der Wüstenrot & Württembergische-Gruppe, von für Sie zuständigen Vermittlern sowie deren Führungskräften und Fachbetreuern/Beratern/Partnern oder von sonstigen Dritten zulässigerweise (z. B. zur Erfüllung von Verträgen, zur Schadensregulierung oder aufgrund einer von Ihnen erteilten Einwilligung) erhalten haben.

Zum anderen verarbeiten wir personenbezogene Daten, die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen (z. B. Meldeverzeichnisse, Grundbücher, Presse, Medien) zulässigerweise gewonnen haben und verarbeiten dürfen.

Relevante personenbezogene Daten sind Personalien (Name, Adresse und andere Kontaktdaten, Geburtstag und -ort und Staatsangehörigkeit), Legimationsdaten (z. B. Ausweisdaten) und Authentifikationsdaten (z. B. Unterschriftprobe). Darüber hinaus können dies auch Daten aus der Erfüllung unserer vertraglichen Verpflichtungen (z. B. die Nummern Ihrer Verträge), Informationen über Ihre finanzielle Situation (z. B. Bonitätsdaten, Scoring-/Ratingdaten), Werbe- und Vertriebsdaten (inklusive Werbescores), Dokumentationsdaten (z. B. Beratungsprotokoll), Registerdaten, Daten über Ihre Nutzung von unseren angebotenen Telemedien (z. B. Aufruf unserer Webseiten, Apps oder Newsletter, angeklickte Seiten von uns bzw. Einträge) sowie andere mit den genannten Kategorien vergleichbare Daten sein.

Für besonders schützenswerte Daten (z. B. Gesundheitsdaten oder genetische Daten) erfolgt die Datenverarbeitung nur mit Ihrer Einwilligung, die sich ausdrücklich auf diese Daten bezieht. Auch die Übermittlung von Daten durch Personen, die einem Berufsgeheimnis unterliegen, z. B. Ärzte und Rechtsanwälte, setzt eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen voraus.

3. Wofür verarbeiten wir Ihre Daten (Zweck der Verarbeitung) und auf welcher Rechtsgrundlage?

Wir verarbeiten personenbezogene Daten im Einklang mit den Bestimmungen der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), den datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze.

Personenbezogene Daten erheben wir nur dann ohne Mitwirkung der Betroffenen, wenn die direkte Erhebung einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde. Dies kann zum Beispiel eine mitversicherte Person oder ein abweichender Postempfänger sein. In diesem Fall bitten wir Sie, die betroffenen Personen über die Datenspeicherung zu informieren.

Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ (Code of Conduct) verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.wuerttembergische.de/datenschutz, www.karlsruher.de/datenschutz und www.wuerttembergische-makler.de/datenschutz abrufen.

a) Zur Erfüllung von vertraglichen Pflichten (Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO)

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policing oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einer der vorgenannten Gesellschaften bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, Vertragsergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Die weiteren Einzelheiten zum Zweck der Datenverarbeitung können Sie den jeweiligen Vertragsunterlagen entnehmen.

b) Im Rahmen der Interessenabwägung (Art. 6 Abs. 1 lit. f) DSGVO)

Soweit erforderlich, verarbeiten wir Ihre Daten über die eigentliche Erfüllung des Vertrages hinaus zur Wahrung berechtigter Interessen von uns oder Dritten. Beispiele:

- Konsultation von und Datenaustausch mit Auskunftfeien zur Ermittlung von Bonitäts- bzw. Ausfallrisiken und aktuellen Adressen;
- Prüfung und Optimierung von Verfahren zur Bedarfsanalyse und direkter Kundenansprache;
- Werbung oder Markt- und Meinungsforschung, soweit sie der Nutzung Ihrer Daten nicht widersprochen haben;
- Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei rechtlichen Streitigkeiten;
- Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs;
- Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können;
- Maßnahmen zur Gebäude- und Anlagensicherheit (z. B. Zutrittskontrollen);
- Maßnahmen zur Sicherstellung des Hausrechts;
- Maßnahmen zur Geschäftssteuerung und Weiterentwicklung von Dienstleistungen und Produkten.

c) Aufgrund Ihrer Einwilligung (Art. 6 Abs. 1a DSGVO, Art. 9 Abs. 2a) i. V. m. Art. 7 DSGVO)

Soweit Sie uns eine Einwilligung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten für bestimmte Zwecke (z. B. Weitergabe von Daten im Konzern, Auswertung von Daten für Marketingzwecke) erteilt haben, ist die Rechtmäßigkeit dieser Verarbeitung auf Basis Ihrer Einwilligung gegeben. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der Datenschutz-Grundverordnung, also vor dem 25. Mai 2018, uns gegenüber erteilt worden sind.

Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

d) Aufgrund gesetzlicher Vorgaben (Art. 6 Abs. 1 lit. c) DSGVO)

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht.

4. Wer bekommt meine Daten?

Innerhalb der vorgenannten Unternehmen erhalten diejenigen Stellen Zugriff auf Ihre Daten, die diese zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten brauchen. Auch von uns eingesetzte Auftragsverarbeiter (Art. 28 DSGVO) können zu diesen genannten Zwecken Daten erhalten. Dies sind bspw. Unternehmen in den Kategorien kreditwirtschaftliche Leistungen, IT-Dienstleistungen, Logistik, Wirtschaftsauskunfteien, Druckdienstleistungen, Telekommunikation, Inkasso, Beratung und Consulting sowie Vertrieb, Marketing und Anschriftenermittlung. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie auf unserer Internetseite unter

www.wuerttembergische.de/datenschutz, www.karlsruher.de/datenschutz und www.wuerttembergische-makler.de/datenschutz entnehmen.

Im Hinblick auf die Datenweitergabe an Empfänger außerhalb der vorgenannten Unternehmen ist zunächst zu beachten, dass wir zur Verschwiegenheit über alle kundenbezogenen Tatsachen und Wertungen verpflichtet sind, von denen wir Kenntnis erlangen. Informationen über Sie dürfen wir nur weitergeben, wenn gesetzliche Bestimmungen dies gebieten, Sie eingewilligt haben oder wir zur Erteilung einer Auskunft befugt sind. Unter diesen Voraussetzungen können Empfänger personenbezogener Daten z. B. sein:

- Öffentliche Stellen und Institutionen (z. B. Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Finanzbehörden) bei Vorliegen einer gesetzlichen oder behördlichen Verpflichtung.
- Andere Versicherungsinstitute oder vergleichbare Einrichtungen sowie externe Vermittler und Vermittlungsgesellschaften, an die wir zur Durchführung der Geschäftsbeziehung mit Ihnen personenbezogene Daten übermitteln (bspw. zur Mitnahme eines Schadenfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung oder zur Übertragung von Ansprüchen auf Altersvorsorge bei Anbieter- oder Arbeitgeberwechsel).
- Rückversicherungsunternehmen, über die von uns übernommene Risiken abgesichert werden. Hierzu kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadensdaten an ein solches Unternehmen zu übermitteln, damit dieses sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.
- Bei Abschluss eines Versicherungsvertrages oder im Rahmen der Schadenbearbeitung können unter Umständen Daten zum Versicherungsob-

jekt (Fahrzeugidentifikationsdaten oder Adresse des Gebäudes) sowie Angaben zu Ihrer Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) an die informa HIS GmbH übermittelt (HIS-Anfrage) werden. Die informa HIS GmbH überprüft anhand dieser Daten, ob zu Ihrer Person und/oder zu Ihrem Versicherungsobjekt im „Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft“ (HIS) Informationen gespeichert sind, die auf ein erhöhtes Risiko oder Unregelmäßigkeiten in einem Versicherungsfall hindeuten können. Solche Informationen können nur aufgrund einer früheren Meldung eines Versicherungsunternehmens an das HIS vorliegen (HIS-Einmeldung), über die Sie ggf. von dem einmeldenden Versicherungsunternehmen gesondert informiert worden sind. Daten, die aufgrund einer HIS-Einmeldung im HIS gespeichert sind, werden von der informa HIS GmbH an uns, das anfragende Versicherungsunternehmen, übermittelt.
Nähere Informationen zum HIS finden Sie auf folgenden Internetseiten: www.informa-his.de.

Weitere Datenempfänger können diejenigen Stellen sein, für die Sie uns Ihre Einwilligung zur Datenübermittlung erteilt haben, bzw. für die Sie uns von unserer Schweigepflicht gemäß Vereinbarung oder Einwilligung befreit haben.

5. Wie lange werden meine Daten gespeichert?

Soweit erforderlich, verarbeiten und speichern wir Ihre personenbezogenen Daten für die Dauer unserer Geschäftsbeziehung, was beispielsweise auch die Anbahnung und die Abwicklung eines Vertrages umfasst.

Darüber hinaus unterliegen wir verschiedenen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten, die sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch (§§ 238, 257 Abs. 4 HGB), der Abgabenordnung (§ 147 Abs. 3, 4 AO) und dem Geldwäschegesetz (§ 8 Abs. 3 GwG) ergeben. Die dort vorgegebenen Fristen zur Aufbewahrung bzw. Dokumentation betragen bis zu zehn Jahre.

Schließlich beurteilt sich die Speicherdauer auch nach den gesetzlichen Verjährungsfristen, die zum Beispiel nach den §§ 195 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) in der Regel drei Jahre, in gewissen Fällen aber auch bis zu dreißig Jahre betragen können.

6. Werden Daten in ein Drittland oder an eine internationale Organisation übermittelt?

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

7. Welche Datenschutzrechte habe ich?

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit nach Art. 20 DSGVO. Beim Auskunftsrecht und beim Löschungsrecht gelten die Einschränkungen nach §§ 34 und 35 BDSG. Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde (Art. 77 DSGVO i. V. m. § 19 BDSG).

Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg
Lautenschlagerstraße 20
70173 Stuttgart

8. Besteht für mich eine Pflicht zur Bereitstellung von Daten?

Im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung müssen Sie nur diejenigen personenbezogenen Daten bereitstellen, die für die Begründung, Durchführung und Beendigung einer Geschäftsbeziehung erforderlich sind oder zu deren Erhebung wir gesetzlich verpflichtet sind. Ohne diese Daten werden wir in der Regel den Abschluss des Vertrages oder die Ausführung des Auftrages ablehnen müssen oder einen bestehenden Vertrag nicht mehr durchführen können und ggf. beenden müssen.

9. Inwieweit gibt es eine automatisierte Entscheidungsfindung im Einzelfall?

Zur Begründung und Durchführung der Geschäftsbeziehung nutzen wir die automatisierte Entscheidungsfindung ausschließlich zur Unterstützung der betriebsinternen Abläufe.

Eine vollautomatisierte Entscheidungsfindung gemäß Art. 22 DSGVO findet regelmäßig nicht statt.

10. Inwieweit werden meine Daten für Scoring und Rating genutzt?

Wir verarbeiten teilweise Ihre Daten automatisiert mit dem Ziel, bestimmte persönliche Aspekte zu bewerten:

- Aufgrund gesetzlicher und behördlicher Vorgaben sind wir zur Bekämpfung von Geldwäsche, Terrorismusfinanzierung und Betrug verpflichtet. Dabei werden auch Datenauswertungen (unter anderem im Zahlungsverkehr) vorgenommen. Diese Maßnahmen dienen zugleich auch Ihrem Schutz.
- Um Sie zielgerichtet über Produkte informieren und beraten zu können, setzen wir Auswertungsinstrumente ein. Diese ermöglichen eine bedarfsgerechte Kommunikation und Werbung einschließlich Markt- und Meinungsforschung.
- Im Interesse der Versichertengemeinschaft sind wir verpflichtet, auf die termingerechte Beitragszahlung aller Versicherten zu achten. Zur Bewertung Ihrer Kreditwürdigkeit beziehen wir Informationen über Ihr bisheriges Zahlungsverhalten (Bonität) und extern ermittelte Wahrscheinlichkeitswerte über Ihr zukünftiges Zahlungsverhalten (Scoring). Die Unternehmen, von denen wir Bonitäts- und Scoringdaten beziehen, können Sie der Dienstleisterliste unter www.wuerttembergische.de/datenschutz, www.karlsruher.de/datenschutz und www.wuerttembergische-makler.de/datenschutz entnehmen.

Information über Ihr Widerspruchsrecht nach Art. 21 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

1. Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten, die aufgrund von Artikel 6 Absatz 1 lit. e) DSGVO (Datenverarbeitung im öffentlichen Interesse) und Artikel 6 Absatz 1 lit. f) der Datenschutz-Grundverordnung (Datenverarbeitung auf der Grundlage einer Interessenabwägung) erfolgt, Widerspruch einzulegen; dies gilt auch für ein auf diese Bestimmung gestütztes Profiling im Sinne von Artikel 4 Nr. 4 DSGVO, das wir zur Bonitätsbewertung oder für Werbezwecke einsetzen.

Legen Sie Widerspruch ein, werden wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeiten, es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

2. In Einzelfällen verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, um Direktwerbung zu betreiben. Sie haben das Recht, jederzeit Widerspruch (ohne Nennung von Gründen) gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten zum Zwecke derartiger Werbung einzulegen; dies gilt auch für das Profiling, soweit es mit solcher Direktwerbung in Verbindung steht.

Widersprechen Sie der Verarbeitung für Zwecke der Direktwerbung, so werden wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr für diese Zwecke verarbeiten.

Bitte richten Sie den Widerspruch an die oben genannten Kontaktdaten des verantwortlichen Unternehmens.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Gültig ab 1. April 2023

MB/KK für die Vollversicherung

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) §§ 1–20

Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft 2021 (TB/KK 2021)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer
 - a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
 - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - 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 nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

zu § 1 Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Personen mit durch Vorerkrankungen erhöhtem Risiko können zu besonderen Bedingungen versichert werden.

zu § 1 (2) Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation

Als Versicherungsfall gilt auch ein nicht rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch durch einen Arzt sowie eine medizinisch notwendige Sterilisation.

zu § 1 (4) Versicherungsschutz im Ausland

Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt außerhalb Europas besteht während der ersten sechs Monate auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Sofern die versicherte Person aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, die innerhalb der sechs Monatsfrist geplante Rückreise nicht antreten kann, besteht auch über sechs Monate hinaus solange Versicherungsschutz, bis die Rückreise möglich ist.

zu § 1 (5) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums

Der Versicherungsnehmer kann gegen Zahlung eines Auslandszuschlags die Erstattung höherer Kosten als im Inland mitversichern, sofern diese Kosten den im jeweiligen Land geltenden Rechtsvorschriften entsprechen und ortsüblich sind, Voraussetzung ist, dass dies innerhalb der ersten sechs Monate nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts beantragt wird. Der Auslandszuschlag ist dann ab dem 7. Aufenthaltsmonat zu zahlen und entfällt bei Rückverlegung des gewöhnlichen Aufenthalts nach Deutschland.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

zu § 2 (1) Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch.

zu § 2 (2) Versicherungsschutz bei Neugeborenen

Zusätzlich zu Abs. 2 Satz 1 beginnt bei Neugeborenen der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt und ohne Einhaltung der Mindestversicherungszeit eines Elternteils von drei Monaten, wenn zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses des versicherten Elternteils die 20. Schwangerschaftswoche nicht vollendet war. Für Neugeborene, die nach Absatz 2 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborenen Krankheiten und Anomalien.

§ 3 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
Sie entfällt
 - a) bei Unfällen;
 - b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Partnerschaft beantragt wird.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
- (4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

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

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

zu § 3 (1) Wartezeiten bei Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung

Wird eine Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen, entfallen hierfür sämtliche Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
- (8) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit

einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

zu § 4 Anrechnung der Aufwendungen

Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt, die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen oder die Heilmittel erbracht werden.

zu § 4 (2) und (3) Heilpraktiker

Aufwendungen für Behandlungen durch einen Heilpraktiker sowie deren Verordnungen sind nur erstattungsfähig, sofern dies der Tarif vorsieht.

zu § 4 (4) Stationäre Heilbehandlung

Bei teil-, vor- und nachstationärer Heilbehandlung sowie bei einer stationären Heilbehandlung im Sanitätszentrum der Bundeswehr besteht kein Anspruch auf Krankenhaustagegeld bzw. Ersatzkrankenhaustagegeld.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - 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 Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - f) –
 - g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

zu § 5 (1) a) Kriegsereignisse

Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) a) gilt nicht bei unvorhersehbarem Ausbruch eines Krieges oder Bürgerkrieges im Ausland.

Als unvorhersehbar gilt der Krieg oder Bürgerkrieg, sofern vor Reisebeginn der versicherten Person für das Reisegebiet keine entsprechende Reisewarnung des Auswärtigen Amtes ausgesprochen wurde.

zu § 5 (1) e) Ambulante Heilbehandlung im Heilbad oder Kurort

Der Versicherer leistet auch für Kosten einer ambulanten Heilbehandlung, die nicht Kurbehandlung ist, in einem Heilbad oder Kurort.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
- (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

zu § 6 (1) Leistungsunterlagen

Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Rechnungszweitschriften mit Erstattungsvermerken eines anderen Versicherungsträgers werden Originalen gleichgestellt. Die Rechnungen müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse, Leistungen des Arztes mit Nummern des Gebührenverzeichnisses, hierfür in Rechnung gestellten Steigerungssätzen und jeweiligem Behandlungsdatum. Wird nur Krankenhaustagegeld beansprucht, genügt eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses mit dem Namen der behandelten Person über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes und die Bezeichnung der Krankheit.

zu § 6 (4) Währung und Wechselkurs

Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen 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, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungssparitäten bedingt war.

zu § 6 (5) Inlandskonto

Kosten für die Überweisung werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benannt hat.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn 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. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

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

- (7) Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
- (8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsggebühr verlangen.
- (9) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

zu § 8 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Der Versicherer bildet gemäß Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.

Diese Mittel werden ausschließlich zu Gunsten der Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch:

- Beitragsrückerstattung in Form einer Ausschüttung (Auszahlung oder Gutschrift),
- Leistungserhöhung,
- Beitragssenkung,
- Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen,
- in Ausnahmefällen zur Abwendung eines Notstandes.

Die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie die dafür bestimmten Beträge und Tarife, die teilnahmeberechtigten Personen und ggf. weitere Einzelheiten legt der Vorstand des Versicherers jeweils mit Zustimmung des Treuhänders fest.

zu § 8 (1) Beitragsrate

- a) Die Festsetzung der Beiträge richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der zu versichernden Person; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt und dem Geburtsjahr.
- b) Für Kinder (Eintrittsalter 0 – 15) und Jugendliche (Eintrittsalter 16 – 20) sind vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet wird, die monatlichen Beitragsraten für das Eintrittsalter 16 bzw. 21 zu zahlen.

zu § 8 (4) Fälligkeit des Erstbeitrags

- a) Die erste Beitragsrate gilt bis zum Eingang der Lastschrift beim Geldinstitut als gestundet.
- b) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

zu § 8 (5) und (6) Mahnkosten

Mahnkosten sind die für jede Mahnung tatsächlich anfallenden Kosten für Porto und Material (wie z. B. Papier und Briefumschlag). Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten weiteren Kosten und Gebühren erhoben werden.

§ 8a Beitragsberechnung

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

- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

zu § 8a (2) Beitragsberechnung

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

§ 8b Beitragsanpassung

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

zu § 8b (1) Beitragsanpassung

Ergibt die in § 8b (1) genannte Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5% bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5% bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Als Beobachtungseinheiten kommen grundsätzlich Erwachsene, Jugendliche und Kinder in Betracht. Abweichende Regelungen werden im Tarif festgelegt. Die Tarifbeschreibung ergibt sich aus dem Tarifeil der AVB (Teil III).

zu § 8b (1) Anpassung Ersatzkrankenhaustagegeld

Im Rahmen einer Beitragsanpassung können auch die im Tarif vorgesehenen Ersatzkrankenhaustagegelder angepasst werden.

§ 9 Obliegenheiten

- (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 Umfanges erforderlich ist.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- (6) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

zu § 9 (1) Anzeige einer Krankenhausbehandlung

Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet. Die Bestimmung des § 4 (5) bleibt hiervon unberührt.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) 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 Altersrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist,

dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

- (8) 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 § 146 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.

zu § 13 (1) Vertragsdauer

Der Vertrag wird für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Bei Umstufungen wird die Dauer der bestehenden Vorversicherung angerechnet. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf gekündigt hat.

zu § 13 (3) Ruhen der Rechte und Pflichten und Anwartschaftsversicherung

(Siehe Besondere Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung)

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten für alle oder einzelne mitversicherte Personen vereinbaren, wenn Arbeitslosigkeit oder vorübergehend Krankenversicherungspflicht besteht, eine versicherte Person vorübergehend kraft Gesetzes Anspruch auf Familienversicherung oder infolge vorübergehenden Wehr-, Zivil-, Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes Anspruch auf Heilfürsorge erlangt. Bei Ableistung des Zivildienstes kann eine solche Vereinbarung für die Dauer des Zivildienstes, bei Ableistung der Wehrpflicht für die Dauer des Grundwehrdienstes oder der Wehrübung getroffen werden.

In unmittelbarem Anschluss an die Ruhenszeit ist der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung nach Maßgabe der tariflichen und der gesetzlichen Bestimmungen möglich. Bei weiterbestehender Arbeitslosigkeit kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Arbeitslosigkeit hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen.

Nach Beendigung der Ruhenszeit werden auch für Versicherungsfälle, die während der Ruhenszeit eingetreten sind, die vertraglichen Leistungen erbracht, soweit die Behandlungen bzw. Verordnungen in die Zeit nach Wiederinkrafttreten der ursprünglichen Versicherung fallen.

zu § 13 (10) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Die Erklärungsfrist wird auf drei Monate nach Beendigung der Versicherung verlängert.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.
- (2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Abs. 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.
- (3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

zu § 15 (3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts

In der substitutiven Krankenversicherung gilt:

Der Versicherungsnehmer kann den Abschluss einer anderweitigen Vereinbarung im Sinne von § 15 (3) verlangen. Voraussetzung ist, dass dies innerhalb der ersten sechs Monate nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts beantragt wird. Die anderweitige Vereinbarung kann neben einem Beitragszuschlag auch Leistungsausschlüsse vorsehen und beginnt ab dem 7. Monat des Aufenthalts in unmittelbarem Anschluss an das bisherige Versicherungsverhältnis.

Wird eine anderweitige Vereinbarung geschlossen, so gilt:

- (1) Die anderweitigen Vereinbarungen entfallen bei Rückverlegung des gewöhnlichen Aufenthalts nach Deutschland.
- (2) Fällt aufgrund der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat eine Versicherungssteuer oder eine andere Abgabe an Dritte von Gesetzes wegen an, so ist der Versicherungsnehmer zur Zahlung der entstehenden Aufwendungen verpflichtet. Richtet sich der Anspruch gegen den Versicherer, wird dieser die Versicherungssteuer oder die andere Abgabe vom Versicherungsnehmer zurückverlangen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

zu § 18 (1) Anpassung von Versicherungsleistungen

Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 18 (1) MB/KK 2009 berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen (z. B. Höchstgrenzen bei der Erstattung von Hilfsmitteln) oder dem Tarif beiliegende Preis- und Leistungsverzeichnisse an die Preisentwicklung mit Zustimmung des unabhängigen juristischen Treuhänders anzupassen. Dies gilt auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahrs.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

- (1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2 a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.
- (2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

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.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang

Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) [in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung]

§ 1 Form und Voraussetzungen

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

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

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

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

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

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

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

§ 19 Anzeigepflicht

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

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

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

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5 000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilferechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinnngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5 000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, 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 und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und Empfänger von Leistungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

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

§ 195 Versicherungsdauer

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

Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 146 Substitutive Krankenversicherung

(1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge und

§ 153 Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwundergesterstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte [In der bis 31.12.2008 geltenden Fassung]

- (2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen
2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
- 2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,
- 2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,

Teil III Allgemeiner Teil: Krankheitskostenvollversicherung

Gültig ab 1. Januar 2021

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft 2021 (TB/KK 2021) und Teil III Besonderer Teil Tarifmodule

I. Versicherungsleistungen und -regelungen

1. Serviceleistungen

Neben der Erstattung von Aufwendungen für Krankheitskosten werden vom Versicherer Serviceleistungen angeboten. Versicherungsschutz besteht für die Beratung/Vermittlung der nachstehenden Serviceleistungen, nicht jedoch für weitere Kosten, die durch die Inanspruchnahme von vermittelten Leistungen entstehen, es sei denn, diese gehören zum Leistungsinhalt dieses Tarifs.

Ständig erreichbare Servicestelle für nachstehende Auskünfte

- Informationen und Beratung zu aktuellen Gesundheitsthemen, Krankheiten und sonstigen Leiden, Diagnostik, Therapie und Impfungen,
- Allgemeine Beratung zu Arzneimittelanwendung und Arzneimitteltherapie,
- Informationen zu Präventionen und Rehabilitationen,
- Benennung von Ärzten, Zahnärzten, Zahnlaboren, Krankenhäusern, Notdiensten und Kureinrichtungen,
- Benennung von Apotheken, Psychotherapeuten, Heil- und Hilfsmittelerbringern und Selbsthilfegruppen,
- Wohnraumbberatung, Hilfe bei der Gestaltung des Umfelds bei Patienten mit schweren Erkrankungen oder Unfallfolgen,
- Beratung zu Ernährungsfragen,
- Beratung zu reisemedizinischen Fragen (Reiseapotheke und Reiseimpfung),
- Erklärung medizinischer Fachbegriffe,
- Informationen zu zahnärztlichen Behandlungen.

Unterstützung und Betreuung von Versicherten

- Hilfe bei der Kontaktaufnahme zum Hausarzt, Beschaffung von Befunden und Untersuchungsergebnissen, bedarfsorientierte Informationsvermittlung zwischen Hausarzt und behandelndem Arzt,
- Hilfe bei der Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung bezüglich einer medizinischen Diagnose oder eines Therapievorzugs,
- Hilfe bei der Beschaffung von ärztlich verordneten Medikamenten, Blutkonserven und Seren im Notfall,
- Benennung von Fachpflegekräften, häuslichen Pflegediensten, Haushaltshilfen, Kinderbetreuern, Selbsthilfegruppen oder sonstigen Leistungserbringern,
- Vermittlung eines Rehabilitationsdienstleisters zur Unterstützung und Förderung der vollständigen Genesung nach schweren Erkrankungen oder Unfällen.

Unterstützung und Betreuung bei Auslandsreisen

- Benennung von Ärzten, Dolmetschern und Krankenhäusern im Ausland,
- Hilfe bei der Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt und Benachrichtigung von Angehörigen,
- Organisation von Transporten bzw. einer Verlegung zum nächst erreichbaren Arzt oder Krankenhaus,
- Organisation von Krankenrücktransporten an den Wohnsitz der versicherten Person oder in das diesem Wohnsitz nächst erreichbare geeignete Krankenhaus,
- Organisation von Such-, Rettungs- und Bergungsmaßnahmen,
- Organisation einer Beisetzung im Ausland bzw. einer Überführung.

2. Nachversicherungsoptionen

Im Rahmen der Nachversicherungsoptionen hat der Versicherungsnehmer bei verschiedenen Ereignissen das Recht, den vereinbarten Versicherungsschutz für die betroffene versicherte Person ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen.

Modulwechseloption

Sofern das 50. Lebensjahr bei Eintritt des jeweiligen Anlasses noch nicht vollendet wurde kann bei Vorliegen eines der folgenden Ereignisse der vereinbarte Versicherungsschutz durch Wechsel in Leistungsmodule mit höherer Leistung ohne Risikoprüfung angepasst werden:

- a. Wechsel der versicherten Person von einer selbstständigen Tätigkeit zu einem Angestelltenverhältnis
- b. zum Ende des dritten oder fünften Versicherungsjahrs.

Das Optionsrecht nach b. gilt nicht für versicherte Personen, die aufgrund § 2 (2) AVB Teil I (Kindernachversicherung) versichert wurden.

Das Optionsrecht besteht ebenfalls für mitversicherte Kinder und Jugendliche, sofern ein Elternteil bereits in den Leistungsmodulen, in die umgestellt werden soll, versichert ist oder die Umstellung gleichzeitig für ihn beantragt wird.

Der Antrag auf Umstellung muss innerhalb von drei Monaten nach Eintritt des auslösenden Ereignisses beim Versicherer gestellt werden und wird zum nächsten Monatsersten wirksam. Der Eintritt des Ereignisses ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

Der vom Umstellungstermin an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Anrechnungsbeträge. Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Umstellung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Umstellung bestehen.

Besonderes Umstellungsrecht

Unter der Voraussetzung, dass bei einer/einem für die versicherte Person eintretenden

- a. Elternzeit,
- b. gesetzlicher Pflegezeit,
- c. Arbeitslosigkeit,
- d. Sabbatical (vertraglich vereinbarte und zeitlich begrenzte berufliche Auszeit),
- e. Reduzierung der beruflichen Tätigkeit von Voll- auf Teilzeit (nur Angestellte) oder
- f. Wechsel von einem Angestelltenverhältnis zu einer selbstständigen Tätigkeit

der Versicherungsschutz reduziert wurde, besteht das Recht den ursprünglichen Versicherungsschutz, ohne erneute Gesundheitsprüfung, wiederherzustellen.

Dieses Recht gilt

- bei den Punkten a. – e. zum Ende des jeweiligen Ereignisses/ Zeitraums, längstens aber ein Jahr nach Reduzierung des Versicherungsschutzes,
- bei Punkt f. zum Ende des dritten Kalenderjahrs nach Aufnahme der selbstständigen Tätigkeit.

Der Antrag auf Wiederherstellung des Versicherungsschutzes muss innerhalb von drei Monaten nach Ende des jeweiligen Zeitraums, bei den Punkten a. – e. aber spätestens drei Monate nach Ablauf der Jahresfrist, beim Versicherer gestellt werden und wird zum nächsten Monatsersten wirksam. Der Eintritt des Ereignisses ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

Der vom Wiederherstellungstermin an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Anrechnungsbeträge. Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Wiederherstellung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Wiederherstellung bestehen.

3. Beitragsfreiheit während des Bezugs von Elterngeld

Während der ersten 6 Monate des Bezugs von Elterngeld besteht beitragsfreier Versicherungsschutz. Die Beitragsfreiheit gilt nur für die versicherte Person, die Elterngeld bezieht. Der Bezug des Elterngelds ist dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach Bezugsbeginn nachzuweisen. Die Beitragsfreiheit ist ausgeschlossen, wenn bei Beantragung des Versicherungsschutzes die Schwangerschaft bereits bekannt war oder die Entbindung bereits stattgefunden hat.

4. Besondere Obliegenheit

Besteht für die versicherte Person neben den Modulen der Vollversicherung der Württembergischen Krankenversicherung AG eine Krankheitskostenteilversicherung bei einem anderen Krankenversicherungsunternehmen, die den Ersatz von Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen oder eine gesondert berechenbare Unterkunft vorsieht, ist der Versicherer berechtigt im ambulanten Modul einen Beitragszuschlag von 20 % zu verlangen.

Besteht für die versicherte Person neben den Modulen der Vollversicherung der Württembergischen Krankenversicherung AG eine Krankheitskostenteilversicherung bei einem anderen Krankenversicherungsunternehmen, die zahnärztliche Leistungen vorsieht, ist der Versicherer berechtigt den Erstattungsbetrag im Zahn Modul in Höhe der Leistungen der Krankheitskostenteilversicherung zu reduzieren.

5. Versicherungsleistungen bei temporärem Aufenthalt im Ausland

Bei einem temporären Aufenthalt im Ausland gilt: Aufwendungen für im Ausland erfolgte Heilbehandlungen sind im tariflichen Umfang erstattungsfähig, sofern sie den Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen und ortsüblich sind. Der Auslandsaufenthalt gilt als temporär, wenn er insgesamt nicht länger als 6 Monate dauert.

Bei einer gezielten Heilbehandlung (medizinischen Behandlung oder Entbindung) erstattet der Versicherer die Kosten bis zu dem Betrag, der bei dieser Behandlung oder Entbindung in Deutschland erstattet worden wäre.

Eine gezielte Heilbehandlung liegt vor, wenn die Heilbehandlung oder die Entbindung im Ausland der alleinige oder einer der Gründe für den dortigen Aufenthalt ist.

Die Kosten einer gezielten Heilbehandlung werden in ortsüblicher Höhe erstattet, sofern der Versicherer vor dem Beginn des Auslandsaufenthalts eine Zusage in Textform erteilt hat.

Der Versicherer wird die Zusage erteilen, wenn eine Heilbehandlung aus medizinischen Gründen nicht in Deutschland durchgeführt werden kann.

Dauert ein Auslandsaufenthalt länger als 6 Monate, gelten die Regelungen der AVB Teil I § 1 (5) und § 15 (3) sowie AVB Teil II zu § 1 (5) und zu § 15 (3) MB/KK 2009.

6. Subsidiaritätsklausel

Kann der Versicherungsnehmer im Versicherungsfall eine Kostenerstattung oder eine anderweitige Entschädigung von einem Dritten (beispielsweise ein anderer privater Versicherer oder ein gesetzlicher Leistungsträger) beanspruchen, geht dieser Anspruch der Leistungsverpflichtung nach den Vereinbarungen dieser Krankheitskostenvollversicherung vor. Dies gilt auch dann, wenn in der anderweitigen Versicherung ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart wurde und unabhängig davon, wann der anderweitige Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde.

Wird der Versicherungsfall zuerst bei der Württembergischen Krankenversicherung AG gemeldet, tritt diese in Vorleistung.

II. Sondervereinbarung für die Krankenversicherung zum besonderen Beitrag während der Ausbildung

1. Krankenversicherung zum besonderen Beitrag während der Ausbildung

Diese Sondervereinbarung gilt ausschließlich während der Berufsausbildung. Für diese Zeit ist ein besonderer Beitrag vereinbart, der abweichend von AVB Teil I § 8a Abs. 2 MB/KK 2009 nicht unter Berücksichtigung einer Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person steigende Wagnis (Alterungsrückstellung) berechnet ist.

2. Tarifbezeichnung

Für den Zeitraum der Geltung dieser Sondervereinbarung wird die Tarifbezeichnung jedes Moduls durch ein „S“ ergänzt.

3. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig zum besonderen Beitrag sind versicherbare Personen ab Vollendung des 21. bis zur Vollendung des 34. Lebensjahrs, die

- sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden und neben der Ausbildungsvergütung keine weiteren regelmäßigen Einkünfte aus Erwerbstätigkeit erzielen,
- ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule absolvieren und keine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt mit mehr als 20 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit ausüben bzw. kein Einkommen aus selbstständiger Arbeit erzielen, das regelmäßig im Monat die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) überschreitet,
- eine berufspraktische Tätigkeit, die in einer Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschrieben ist, verrichten.

4. Ende der Sondervereinbarung und Umstellung des Versicherungsverhältnisses

Die Versicherungsfähigkeit zum besonderen Beitrag entfällt, wenn die versicherte Person das 34. Lebensjahr vollendet hat oder ihre Berufsausbildung, ihr Studium oder die berufspraktische Tätigkeit abgeschlossen, abgebrochen oder für länger als 6 Monate unterbrochen hat. Von dem auf den Wegfall der Versicherungsfähigkeit folgenden Monat an wird das Versicherungsverhältnis ohne Sondervereinbarung fortgeführt und der Beitrag unter Berücksichtigung des dann erreichten Alters neu festgesetzt.

Umstände, die zum Wegfall der Versicherungsfähigkeit zum besonderen Beitrag führen, sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Teil III Besonderer Teil: Modul Ambulant Premium (A1)

Gültig ab 1. Januar 2021

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft 2021 (TB/KK 2021) und Teil III Allgemeiner Teil Krankheitskostenvollversicherung

Tarifbezeichnung

Die Tarifbezeichnung A1 wird ergänzt durch den Euro-Betrag des gewählten Selbstbehalts.

1. Versicherungsleistungen

1.1 Ärztlicher und psychotherapeutischer Gebührenrahmen

Ärztliche und psychotherapeutische Leistungen sind nach der jeweiligen gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) erstattungsfähig. Der Erstattungsanspruch besteht auch über die jeweiligen Höchstsätze dieser Gebührenordnungen hinaus, sofern eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

1.2 Ärztliche Leistungen – Erstattungssatz 100 %

Die versicherte Person kann unter den niedergelassenen approbierten Ärzten frei wählen. Versichert ist auch die ambulante Behandlung durch approbierte Ärzte in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) gemäß § 95 SGB V oder einem Krankenhaus (beispielsweise eine Krankenhausambulanz). Versichert sind weiterhin ärztliche Leistungen einer Laborgemeinschaft, eines Zentrums für Radiologie sowie von Notärzten und ärztlichen Akutdiensten.

1.3 Arznei- und Verbandmittel – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind Arznei- und Verbandmittel.

Erstattungsfähig ist auch die enterale und parenterale Ernährung (z. B. Sondennahrung, Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate und Elementardiäten), wenn aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Erstattungsfähig sind überdies Harn- und Blutteststreifen.

Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion sind nach vorheriger Zusage erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage erteilen, sofern es sich um ein Generikum (Nachahmerpräparat) handelt und die erektile Dysfunktion allein auf eine der nachfolgenden Erkrankungen zurückzuführen ist:

- Prostatakarzinom mit radikaler Prostatektomie
- Multiple Sklerose
- Querschnittlähmung
- Diabetes mellitus

Nicht erstattungsfähig sind, auch wenn sie von Personen, die einen Heilberuf ausüben, verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten:

- Nahrungsmittel (außer bei Vorliegen einer Enzymmangelkrankung oder Mukoviszidose)
- Stärkungspräparate (auch sexuelle)
- Mineralwässer und Tees
- Multivitaminpräparate
- Badezusätze
- Kosmetika
- Antikonceptiva
- Desinfektionsmittel und Mittel zur Hygiene und Körperpflege
- Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

1.4 Sehhilfen und operative Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit – Erstattungssatz 100 %

Aufwendungen für Sehhilfen sind erstattungsfähig.

Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Haftschalen. Die Versicherungsleistung ist begrenzt auf einen Betrag von 400 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren.

Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit sind erstattungsfähig.

Die Versicherungsleistung für Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit, z. B. durch LASIK (Laser in situ Keratomileusis), ist je Auge auf 2.000 Euro innerhalb von 10 Versicherungsjahren begrenzt.

In den ersten drei Versicherungsjahren ist die maximale Erstattungshöhe überdies auf 500 Euro je Auge begrenzt.

1.5 Hilfsmittel außer Sehhilfen – Erstattungssatz 100%/80 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für technische Hilfsmittel sowie Körperersatzstücke (einschließlich deren Reparatur und Wartung),

- die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen (z. B. Krankenfahrstühle, Prothesen),
- die zur Therapie und Diagnostik erforderlich sind, um den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern (z. B. Blutzuckermessgeräte mit Sensortechnik inklusive der notwendigen Sensoren) sowie
- die zur Lebenserhaltung erforderlich sind (lebenserhaltende Hilfsmittel wie z. B. Beatmungsgeräte).

Erstattungsfähig sind ferner die Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhunds und, sofern dies für die Inanspruchnahme für Leistungen nach diesem Tarif erforderlich ist, Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher).

Erstattungsfähig sind außerdem Aufwendungen für

- orthopädische Maßschuhe abzüglich eines Eigenanteils von 70 Euro für normales Schuhwerk sowie orthopädische Zurechtungen (zusammen maximal 4 Paar pro Versicherungsjahr),
- Schuheinlagen (maximal 4 Paar pro Versicherungsjahr),
- Voll- oder Teilperücken bei Haarausfall nach Chemotherapie oder bei kreisrundem Haarausfall (alopecia areata) bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren sowie
- ärztlich verordnete Allergikerbettwäsche bis zu einem Betrag von 150 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren.

Erstattungsfähig sind ebenfalls die Kosten für Apps und/oder digitale Anwendungen sofern sie als Medizinprodukt in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139 e SGB V eingetragen sind und durch einen Arzt gemäß Ziffer 1.2 oder Psychotherapeuten gemäß Ziffer 1.9 verordnet wurden.

Hat sich der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem Hersteller der App bzw. Anwendung auf einen maximalen Leistungszeitraum verständigt oder wurde ein solcher von der zuständigen Schiedsstelle festgelegt, so ist die Erstattungsfähigkeit nach diesem Tarif ebenfalls auf diesen Zeitraum begrenzt.

Nicht erstattungsfähig sind

- Hilfsmittel für die die Pflegepflichtversicherung leistungspflichtig ist,
- Hilfsmittel, die dem Fitness-, Wellness- und/oder Entspannungsbereich zuzuordnen sind,
- Hilfsmittel, die Gebrauchsgegenstände und Hygieneartikel des täglichen Lebens einer gesunden Person sind,
- Fieberthermometer sowie
- die Kosten zum Unterhalt bzw. Betrieb eines Hilfsmittels (z. B. Batterien, Strom, Wasser), außer Batterien für Hörgeräte.

Zu 100 % erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ein erstattungsfähiges Hilfsmittel, wenn

- der Versicherer mit der Beschaffung beauftragt wird (der Versicherer ist berechtigt Hilfsmittel auch zur Miete zur Verfügung zu stellen),
- das Hilfsmittel nicht mehr als 1.000 Euro kostet und vom Versicherungsnehmer selbst beschafft wird,
- das Hilfsmittel im Rahmen eines akut eingetretenen Notfalls beschafft wurde oder
- es sich um eine erstattungsfähige Perücke handelt.

Liegt keine dieser Voraussetzungen vor, werden die Kosten nur bis zu dem Betrag ersetzt, zu dem der Versicherer das Hilfsmittel hätte beschaffen oder zur Verfügung stellen können, maximal jedoch zu 80 %.

Bei wiederholtem Bezug eines Hilfsmittels gleicher Art ist der Versicherer berechtigt zu verlangen, dass er zukünftig vom Versicherungsnehmer mit der Beschaffung beauftragt wird. Kommt der Versicherungsnehmer dieser Aufforderung nicht nach, sind nur die Kosten erstattungsfähig, zu denen der Versicherer das Hilfsmittel hätte beschaffen können, maximal jedoch 80 %.

1.6 Heilmittel – Erstattungssatz 100 %

Heilmittel sind erstattungsfähig, wenn sie von

- Ärzten oder
- Angehörigen staatlich geprüfter oder anerkannter Gesundheitsberufe oder medizinischer Assistenzberufe (dazu gehören beispielsweise Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, Podologen, Masseur, Krankengymnasten, Diätassistenten)

erbracht werden und im Heilmittelverzeichnis der gültigen Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) aufgeführt sind.

Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder gelten nicht als Heilmittel.

Soweit Heilmittel von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden, sind sie bis zu den in der gültigen BBhV genannten Höchstbeträgen erstattungsfähig.

Soweit Heilmittel von Ärzten erbracht werden, richtet sich die Erstattung nach Ziffer 1.1 bzw. 1.2.

1.7 Ambulante Operationen – Erstattungssatz 100 %

Aufwendungen für ambulante Operationen sind erstattungsfähig.

Tritt die ambulante Operation an die Stelle einer an sich gebotenen stationären Behandlung, wird ein etwaiger bestehender tariflicher Selbstbehalt (vgl. Ziffer 1.24) nicht in Abzug gebracht. Dies gilt nur, soweit die ambulante Operation im Katalog der stationärsersetzten ambulanten Operationen nach §115b SGB V auf Grundlage der jeweils gültigen Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder der Bundesverbände der Krankenhausträger aufgeführt ist.

1.8 Vorsorge und Impfungen – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind:

- ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur gezielten Früherkennung von Krankheiten auch über die gesetzlichen Programme hinaus sowie Kosten für die Vorsorge während der Schwangerschaft
- Schutzimpfungen, die von der der Ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert-Koch-Institut empfohlen werden, auch solche, die aus Anlass einer Auslandsreise erfolgen. Abweichend von Absatz 1.2 kann die versicherte Person bei Impfungen und Impfberatungen aus Anlass einer Auslandsreise auch unter nicht niedergelassenen Ärzten frei wählen, sofern diese behördlich zur Erbringung dieser Leistungen zugelassen sind (z. B. an Tropeninstituten angestellte Ärzte)
- Malaria-Prophylaxe
- Gripeschutzimpfungen ohne Altersbeschränkung
- Präventionskurse und Maßnahmen gemäß § 20 Abs. 1 SGB V, die von der Zentralen Prüfstelle Prävention (ZPP) zertifiziert sind, bis zu einem Betrag von 150 Euro pro Versicherungsjahr. Ein Leistungsanspruch besteht nur, wenn nachweislich an mindestens 80 % der Einheiten teilgenommen wurde. Die Kosten müssen in einer separaten Rechnung eingereicht werden. Nicht erstattungsfähig sind Mitgliedsbeiträge, beispielsweise für Fitnessstudios.

Bis zu einem Erstattungsbetrag von 1.000 Euro pro Versicherungsjahr gilt für Leistungen nach dieser Ziffer, dass

- ein etwaig bestehender tariflicher Selbstbehalt (vgl. Ziffer 1.24) nicht in Abzug gebracht sowie
- die Gewährung einer etwaigen erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung nicht beeinflusst

wird.

1.9 Psychotherapeutische Behandlungen – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Verhaltenstherapie, systemische Therapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Psychoanalyse, sofern sie durch

- niedergelassene ärztliche Psychotherapeuten oder
- approbierte psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten mit Fachkundenachweis

erbracht werden.

Inklusive der probatorischen Sitzungen sind pro Versicherungsfall bis zu 60 Sitzungen ohne vorherige Zusage erstattungsfähig. Bei darüber hinaus erforderlicher Weiterbehandlung ist eine vorherige Zusage des Versicherers in Textform notwendig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen.

Nicht erstattungsfähig sind

- Maßnahmen, die ausschließlich zur beruflichen Anpassung oder zur Berufsförderung bestimmt sind, sowie
- Psychotherapien durch Heilpraktiker.

1.10 Hebammen und Entbindungspfleger – Erstattungssatz 100 %

Aufwendungen für die Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern sind erstattungsfähig, sofern sie den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Hebammen entsprechen. Kosten für eine Rufbereitschaft sind pro Schwangerschaft und Entbindung bis zu einem Betrag von 300 Euro erstattungsfähig.

1.11 Krankenfahrten und Krankentransporte – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Krankenfahrten und Krankentransporte zu und von ambulanten ärztlichen Behandlungen gemäß Ziffer 1.2 (auch im Krankenhaus)

- bei Notfällen,
- bei Erstversorgung nach einem Unfall sowie
- bei ärztlich bescheinigter Geh-, Seh- oder Fahrunfähigkeit,

sofern der Arzt bzw. das Krankenhaus sich im Umkreis von 50 km, gerechnet vom Wohnort bzw. Ort des Ereignisses (beispielsweise Not- oder Unfall), befindet. Ist innerhalb dieses Umkreises kein geeigneter Behandelnder verfügbar, sind die Aufwendungen für Krankenfahrten und Krankentransporte zum nächstgelegenen geeigneten Behandelnden erstattungsfähig.

Wird ein Privat-PKW zur Krankenfahrt verwendet, so wird pro Kilometer ein Betrag von 0,30 Euro erstattet.

Die Aufwendungen für Krankenfahrten sind beschränkt auf 500 Euro pro Versicherungsjahr. Diese Beschränkung gilt nicht für Krankenfahrten zu und von Dialysebehandlungen sowie Strahlen- und Chemotherapie.

1.12 Häusliche Krankenpflege – Erstattungssatz 100 %

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person die versicherte Person nicht wie notwendig pflegen und versorgen kann.

- a) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Behandlungspflege durch geeignete Pflegefachkräfte. Es können nur Pflegedienste in Anspruch genommen werden, die einen Versorgungsvertrag mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geschlossen haben.

Die Behandlungspflege umfasst ärztlich verantwortete medizinische Einzelleistungen durch Pflegefachkräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (z.B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen, Blutdruckmessungen, Beatmung).

- b) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für häusliche Krankenpflege, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege). Die Krankenhausvermeidungspflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können nicht eigenständig verordnet werden, sondern nur im Zusammenhang mit erforderlicher Behandlungspflege. Der Anspruch auf Krankenhausvermeidungspflege besteht bis zu vier Wochen je Versicherungsfall.

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

1.13 Palliative Versorgung – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung notwendig ist. Es können nur Pflegedienste in Anspruch genommen werden, die einen Versorgungsvertrag mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geschlossen haben.

Erstattungsfähig sind darüber hinaus Leistungen für ambulante Hospizdienste.

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

1.14 Haushaltshilfe – Erstattungssatz 100 %

Aufwendungen für eine Haushaltshilfe sind bis zu einem Betrag von 15 Euro pro Stunde, jedoch maximal 80 Euro am Tag erstattungsfähig.

Der Anspruch setzt voraus, dass

- keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann,
- der versicherten Person die Weiterführung des Haushalts aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, z.B. wegen eines stationären Aufenthalts,
- im Haushalt der versicherten Person ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist sowie
- keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des SGB XI vorliegt.

Der Anspruch besteht längstens für 6 Wochen pro Versicherungsfall.

Nicht erstattungsfähig ist die Haushaltshilfe, die durch Verwandte oder Verschwägerter bis zum 2. Grad erbracht wird.

1.15 Sozialpädiatrische Zentren und Frühförderung – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind die Kosten für sozialpädiatrische Behandlungen im Sinne von § 119 SGB V und Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung. Übernommen werden die Behandlungen, soweit sie in Einrichtungen durchgeführt werden, die über einen Vertrag mit der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung verfügen.

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

1.16 Soziotherapie – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind die Kosten für Soziotherapie im Sinne von § 37 a und § 132 b SGB V, wenn eine Verordnung durch einen Arzt, einen psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt. Erstattungsfähig sind maximal 120 Stunden innerhalb von drei Versicherungsjahren.

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

1.17 Ambulante Anschlussheilbehandlungen – Erstattungssatz 100 %

Ambulante Anschlussheilbehandlungen sind nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist und die Maßnahme in einem engen zeitlichen Zusammenhang an einen akut stationären Krankenhausaufenthalt anschließt. Der enge zeitliche Zusammenhang ist gegeben, sofern die Maßnahme zur Rehabilitation spätestens 4 Wochen nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts beginnt. Sofern aus medizinischen Gründen die Einhaltung dieser Frist nicht sinnvoll ist (beispielsweise nach stationärer Strahlentherapie), gilt auch eine später beginnende Maßnahme zur Rehabilitation als Anschlussheilbehandlung.

Zusätzlich zu den Aufwendungen für die Therapie sind bei ambulanter Anschlussheilbehandlung auch durch die Rehabilitationseinrichtung erbrachte Beratungs- und Schulungsleistungen erstattungsfähig, soweit diese der Erreichung der Ziele der medizinischen Rehabilitation dienen.

1.18 Ambulante Entwöhnungsmaßnahmen – Erstattungssatz 100 %

Abweichend zu Teil I § 5 (1) b) der MB/KK sind nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform Aufwendungen für maximal drei Entwöhnungsmaßnahmen innerhalb von 10 Versicherungsjahren erstattungsfähig (ambulante und stationäre Maßnahmen werden dabei zusammengerechnet).

Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist.

Qualifizierter Entzug (Entgiftung und Vorbereitung zur Entwöhnung) ist ohne vorherige Zusage erstattungsfähig und fällt nicht unter die oben genannte Begrenzung.

Maßnahmen zur Entwöhnung von Nikotin sind nicht erstattungsfähig.

1.19 Ambulante Rehabilitationen, Kur- und Sanatoriumsbehandlungen – Erstattungssatz 100 %

Aufwendungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen, die weder eine Anschlussheilbehandlung noch eine Entwöhnungsmaßnahme sind, sowie für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sind nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist.

Zusätzlich zu den Aufwendungen für die Therapie sind bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen auch durch die Rehabilitationseinrichtung erbrachte Beratungs- und Schulungsleistungen erstattungsfähig, soweit diese der Erreichung der Ziele der medizinischen Rehabilitation dienen.

Für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen beträgt die maximale Versicherungsleistung 3.000 Euro innerhalb von 3 Versicherungsjahren. Die Versicherungsleistungen für ambulante und stationäre Maßnahmen werden dabei zusammengerechnet.

Erstattungsfähig bis zu einem Betrag von 200 Euro pro Versicherungsjahr sind darüber hinaus Aufwendungen für ärztlich verordneten Rehabilitationssport und Funktionstraining nach § 64 SGB IX.

1.20 Nichtärztliche Osteopathie – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für osteopathische Behandlungen bis zu 8 Sitzungen je Versicherungsjahr mit maximal 80 Euro pro Sitzung.

Voraussetzung ist, dass die Behandlung durch einen Heilpraktiker durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbands der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Osteopathieverband berechtigt.

§ 4 (6) MB/KK 2009 findet hierbei keine Anwendung.

1.21 Heilpraktiker – Erstattungssatz 80 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes (HeilprG) im Rahmen des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH), einschließlich der verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel.

§ 4 (6) MB/KK 2009 findet hierbei keine Anwendung.

Nicht erstattungsfähig sind

- Behandlungen und Verordnungen durch Heilpraktiker, die ausschließlich eine Zulassung für einen Teilbereich der GebüH (z. B. für Physiotherapie) haben sowie
- Psychotherapie durch Heilpraktiker.

Die Versicherungsleistungen nach dieser Ziffer sind pro Versicherungsjahr auf einen Betrag von 2.000 Euro begrenzt.

1.22 Pauschalleistung bei Erkrankung des Kinds

Erkrankt ein Kind der versicherten Person, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, wird eine Pauschale von 200 Euro geleistet, wenn

- auch für das erkrankte Kind eine Krankheitskosten-Vollversicherung beim Versicherer besteht,
- es nach ärztlicher Bescheinigung erforderlich ist, dass die versicherte Person zur Betreuung des erkrankten Kinds mindestens 5 Arbeitstage in Folge der Arbeit fernbleibt sowie
- keine andere im Haushalt lebende Person die Betreuung übernehmen kann.

Bei Arbeitnehmern ist der Versicherer berechtigt, einen Nachweis des Arbeitgebers über unbezahlte Freistellung zu verlangen.

Die Pauschale wird pro Versicherungsjahr insgesamt maximal zwei Mal gezahlt, unabhängig von der Anzahl der Kinder der versicherten Person und unabhängig davon, welches Kind erkrankt ist. Ein etwaiger bestehender tariflicher Selbstbehalt (vgl. Ziffer 1.24) wird nicht in Abzug gebracht.

Die Gewährung einer etwaigen erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung wird nicht beeinflusst.

1.23 Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft (Kinderwunschbehandlung) – Erstattungssatz 80 %

Erstattungsfähig sind

- 8 Inseminationen sowie
- 3 In-vitro-Fertilisationen (IVF) auch in Verbindung mit Intracytoplasmatischen Spermieninjektionen (ICSI).

Nach erfolgreicher Geburt werden die bereits durchgeführten Versuche nicht weiter angerechnet. Sofern eine klinische Schwangerschaft eingetreten ist, es jedoch zu einem Spontanabort oder einer Tubargravidität kommt, wird der hierzu durchgeführte Versuch nicht angerechnet.

Ein Leistungsanspruch besteht nur, wenn

- die an der Behandlung beteiligten Partner zum Zeitpunkt der Behandlung beide das 25. Lebensjahr bereits vollendet haben,
- die an der Behandlung beteiligte Frau das 40. Lebensjahr und der an der Behandlung beteiligte Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- die an der Behandlung beteiligten Partner zum Zeitpunkt der Behandlung nicht bereits zwei oder mehr gemeinsame lebende Kinder haben,

- ausschließlich Ei- und Samenzellen der jeweiligen Ehe- bzw. Lebenspartner verwendet werden sowie
- hinreichende Erfolgsaussichten für die gewählte Behandlungsmethode bestehen.

Wenn für die versicherte Person oder deren Partner bei einem anderen Leistungsträger (beispielweise gesetzliche oder private Krankenversicherung, Staat) Anspruch auf Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren besteht, geht dieser Anspruch der Leistungspflicht des Versicherers vor. Der Versicherer ist in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

Die Versicherungsleistungen nach dieser Ziffer sind in den ersten 3 Versicherungsjahren auf einen Betrag von 2.500 Euro begrenzt.

1.24 Selbstbehalt

Von den nach den Ziffern 1.1 bis 1.23 (mit den unter Ziffern 1.7, 1.8 und 1.22 genannten Ausnahmen) zu erstattenden Aufwendungen wird in Abhängigkeit der gewählten Tarfstufe ein Selbstbehalt abgezogen. Er beträgt pro erwachsener Person und Versicherungsjahr insgesamt

0 Euro für Tarfstufe A1_0,

480 Euro für Tarfstufe A1_480,

960 Euro für Tarfstufe A1_960,

1.440 Euro für Tarfstufe A1_1440.

Für Kinder und Jugendliche gilt in jeder Tarfstufe die Hälfte des Selbstbehalts der Erwachsenen.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestand, der Selbstbehalt um jeweils 1/12 gemindert. Dies gilt entsprechend bei Tarifwechsel mit erstmaliger Vereinbarung oder Erhöhung eines Selbstbehalts während eines Versicherungsjahrs.

Bei einer Reduzierung gilt für die Zeit vor und nach der Änderung der jeweils vereinbarte Selbstbehalt ungekürzt. Ein für das Versicherungsjahr bereits getragener Selbstbehalt wird auf den neuen Selbstbehalt angerechnet.

Endet die Versicherung während eines Versicherungsjahrs, so ändert sich die Höhe des Selbstbehalts nicht.

Teil III Besonderer Teil: Modul Ambulant Premium Hausarzt (A1H)

Gültig ab 1. Januar 2021

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft 2021 (TB/KK 2021) und Teil III Allgemeiner Teil Krankheitskostenvollversicherung

Tarifbezeichnung

Die Tarifbezeichnung A1H wird ergänzt durch den Euro-Betrag des gewählten Selbstbehalts.

1. Versicherungsleistungen

1.1 Ärztlicher und psychotherapeutischer Gebührenrahmen

Ärztliche und psychotherapeutische Leistungen sind nach der jeweiligen gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) erstattungsfähig. Der Erstattungsanspruch besteht auch über die jeweiligen Höchstsätze dieser Gebührenordnungen hinaus, sofern eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

1.2 Ärztliche Leistungen – Erstattungssatz 100%/70%

- a) Die versicherte Person kann unter den niedergelassenen approbierten Ärzten frei wählen. Versichert ist auch die ambulante Behandlung durch approbierte Ärzte in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) gemäß § 95 SGB V oder einem Krankenhaus (beispielsweise eine Krankenhausambulanz). Versichert sind weiterhin ärztliche Leistungen einer Laborgemeinschaft, eines Zentrums für Radiologie sowie von Notärzten und ärztlichen Akutdiensten.

- b) Haus-/Primärarztprinzip:

Als Primärärzte gelten

- Ärzte für Allgemeinmedizin/praktische Ärzte (Hausärzte),
- Internisten, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen,
- Fachärzte für Gynäkologie,
- Fachärzte für Urologie,
- Fachärzte für Augenerkrankungen (Augenärzte),
- Fachärzte für Kinderheilkunde (Kinderärzte),
- Not- und Bereitschaftsärzte und
- Ärzte (auch Fachärzte), die über einen vom Versicherer zur Verfügung gestellten telefonischen oder digitalen Service kontaktiert werden.

Erfolgt eine ärztliche Behandlung durch einen Primärarzt, sind die Aufwendungen zu 100% erstattungsfähig. Bei Behandlung durch Notärzte oder Bereitschaftsärzte muss aus der Rechnung ersichtlich sein, dass es sich um eine Behandlung im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes gehandelt hat.

Erfolgt eine ärztliche Behandlung durch einen anderen als die oben genannten Primärärzte, so sind die Aufwendungen zu 100% erstattungsfähig, wenn die versicherte Person durch einen Primärarzt zur Weiterbehandlung überwiesen wurde.

Erfolgt eine ärztliche Behandlung durch einen anderen als die oben genannten Primärärzte ohne dass eine Überweisung zur Weiterbehandlung durch einen Primärarzt stattgefunden hat, so sind die Aufwendungen zu 70% erstattungsfähig.

- c) Das Haus-/Primärarztprinzip nach Ziffer 1.2 b gilt nicht bei Behandlungen im Ausland außer bei einem Auslandsaufenthalt zu einer geplanten medizinischen Behandlung oder Entbindung (gezielte Heilbehandlung).

1.3 Arznei- und Verbandmittel – Erstattungssatz 100%/70%

Erstattungsfähig sind Arznei- und Verbandmittel.

Erstattungsfähig ist auch die enterale und parenterale Ernährung (z. B. Sondennahrung, Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate und Elementardiäten), wenn aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Erstattungsfähig sind überdies Ham- und Bluttteststreifen.

Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion sind nach vorheriger Zusage erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage erteilen, sofern es sich um ein Generikum (Nachahmerpräparat) handelt und die erektile Dysfunktion allein auf eine der nachfolgenden Erkrankungen zurückzuführen ist:

- Prostatakarzinom mit radikaler Prostatektomie
- Multiple Sklerose
- Querschnittlähmung
- Diabetes mellitus

Nicht erstattungsfähig sind, auch wenn sie von Personen, die einen Heilberuf ausüben, verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten:

- Nahrungsmittel (außer bei Vorliegen einer Enzymmangelkrankung oder Mukoviszidose)
- Stärkungspräparate (auch sexuelle)
- Mineralwässer und Tees
- Multivitaminpräparate
- Badezusätze
- Kosmetika
- Antikonceptiva
- Desinfektionsmittel und Mittel zur Hygiene und Körperpflege
- Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

Bis zu einem Rechnungsbetrag für Arznei- und Verbandmittel von 2.500 Euro pro Versicherungsjahr beträgt der Erstattungssatz 70%, für alle darüber hinaus gehenden Kosten beträgt er 100%. Abweichend von dieser Regelung beträgt der Erstattungssatz 100%, sofern es sich bei dem Arzneimittel um ein Generikum (Nachahmerpräparat) handelt und es in Deutschland erworben wurde.

1.4 Sehhilfen und operative Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit – Erstattungssatz 100 %

Für ärztliche Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Aufwendungen für Sehhilfen sind erstattungsfähig.

Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Haftschalen. Die Versicherungsleistung ist begrenzt auf einen Betrag von 400 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren.

Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit sind erstattungsfähig.

Die Versicherungsleistung für Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit, z.B. durch LASIK (Laser in situ Keratomileusis), ist je Auge auf 2.000 Euro innerhalb von 10 Versicherungsjahren begrenzt.

In den ersten drei Versicherungsjahren ist die maximale Erstattungshöhe überdies auf 500 Euro je Auge begrenzt.

1.5 Hilfsmittel außer Sehhilfen – Erstattungssatz 100 %/80 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für technische Hilfsmittel sowie Körperersatzstücke (einschließlich deren Reparatur und Wartung),

- die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen (z.B. Krankenfahrstühle, Prothesen),
- die zur Therapie und Diagnostik erforderlich sind, um den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern (z.B. Blutzuckermessgeräte mit Sensortechnik inklusive der notwendigen Sensoren) sowie
- die zur Lebenserhaltung erforderlich sind (lebenserhaltende Hilfsmittel wie z.B. Beatmungsgeräte).

Erstattungsfähig sind ferner die Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhunds und, sofern dies für die Inanspruchnahme für Leistungen nach diesem Tarif erforderlich ist, Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z.B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher).

Erstattungsfähig sind außerdem Aufwendungen für

- orthopädische Maßschuhe abzüglich eines Eigenanteils von 70 Euro für normales Schuhwerk sowie orthopädische Zureichungen (zusammen maximal 4 Paar pro Versicherungsjahr),
- Schuheinlagen (maximal 4 Paar pro Versicherungsjahr),
- Voll- oder Teilperücken bei Haarausfall nach Chemotherapie oder bei kreisrundem Haarausfall (alopecia areata) bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren sowie
- ärztlich verordnete Allergikerbettwäsche bis zu einem Betrag von 150 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren.

Erstattungsfähig sind ebenfalls die Kosten für Apps und/oder digitale Anwendungen sofern sie als Medizinprodukt in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139 e SGB V eingetragen sind und durch einen Arzt gemäß Ziffer 1.2 oder Psychotherapeuten gemäß Ziffer 1.9 verordnet wurden.

Hat sich der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem Hersteller der App bzw. Anwendung auf einen maximalen Leistungszeitraum verständigt oder wurde ein solcher von der zuständigen Schiedsstelle festgelegt, so ist die Erstattungsfähigkeit nach diesem Tarif ebenfalls auf diesen Zeitraum begrenzt.

Nicht erstattungsfähig sind

- Hilfsmittel für die die Pflegepflichtversicherung leistungspflichtig ist,
- Hilfsmittel, die dem Fitness-, Wellness- und/oder Entspannungsbereich zuzuordnen sind,
- Hilfsmittel, die Gebrauchsgegenstände und Hygieneartikel des täglichen Lebens einer gesunden Person sind,

- Fieberthermometer sowie
- die Kosten zum Unterhalt bzw. Betrieb eines Hilfsmittels (z.B. Batterien, Strom, Wasser), außer Batterien für Hörgeräte.

Zu 100 % erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ein erstattungsfähiges Hilfsmittel, wenn

- der Versicherer mit der Beschaffung beauftragt wird (der Versicherer ist berechtigt Hilfsmittel auch zur Miete zur Verfügung zu stellen),
- das Hilfsmittel nicht mehr als 1.000 Euro kostet und vom Versicherungsnehmer selbst beschafft wird,
- das Hilfsmittel im Rahmen eines akut eingetretenen Notfalls beschafft wurde oder
- es sich um eine erstattungsfähige Perücke handelt.

Liegt keine dieser Voraussetzungen vor, werden die Kosten nur bis zu dem Betrag ersetzt, zu dem der Versicherer das Hilfsmittel hätte beschaffen oder zur Verfügung stellen können, maximal jedoch zu 80 %.

Bei wiederholtem Bezug eines Hilfsmittels gleicher Art ist der Versicherer berechtigt zu verlangen, dass er zukünftig vom Versicherungsnehmer mit der Beschaffung beauftragt wird. Kommt der Versicherungsnehmer dieser Aufforderung nicht nach, sind nur die Kosten erstattungsfähig, zu denen der Versicherer das Hilfsmittel hätte beschaffen können, maximal jedoch 80 %.

1.6 Heilmittel – Erstattungssatz 100 %

Heilmittel sind erstattungsfähig, wenn sie von

- Ärzten oder
- Angehörigen staatlich geprüfter oder anerkannter Gesundheitsberufe oder medizinischer Assistenzberufe (dazu gehören beispielsweise Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, Podologen, Masseur, Krankengymnasten, Diätassistenten)

erbracht werden und im Heilmittelverzeichnis der gültigen Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) aufgeführt sind.

Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder gelten nicht als Heilmittel.

Soweit Heilmittel von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden, sind sie bis zu den in der gültigen BBhV genannten Höchstbeträgen erstattungsfähig.

Soweit Heilmittel von Ärzten erbracht werden, richtet sich die Erstattung nach Ziffer 1.1 bzw. 1.2.

1.7 Ambulante Operationen – Erstattungssatz 100 %

Für Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Aufwendungen für ambulante Operationen sind erstattungsfähig.

Tritt die ambulante Operation an die Stelle einer an sich gebotenen stationären Behandlung, wird ein etwaiger bestehender tariflicher Selbstbehalt (vgl. Ziffer 1.24) nicht in Abzug gebracht. Dies gilt nur, soweit die ambulante Operation im Katalog der stationärsersetzenden ambulanten Operationen nach §115b SGB V auf Grundlage der jeweils gültigen Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder der Bundesverbände der Krankenhausträger aufgeführt ist.

1.8 Vorsorge und Impfungen – Erstattungssatz 100 %

Für Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Erstattungsfähig sind:

- ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur gezielten Früherkennung von Krankheiten auch über die gesetzlichen Programme hinaus sowie Kosten für die Vorsorge während der Schwangerschaft
- Schutzimpfungen, die von der der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut empfohlen werden, auch solche, die aus Anlass einer Auslandsreise erfolgen. Abweichend von Absatz 1.2 kann die versicherte Person bei Impfungen und Impfberatungen aus Anlass einer Auslandsreise

auch unter nicht niedergelassenen Ärzten frei wählen, sofern diese behördlich zur Erbringung dieser Leistungen zugelassen sind (z. B. an Tropeninstituten angestellte Ärzte)

- Malaria-Prophylaxe
- Gripeschutzimpfungen ohne Altersbeschränkung
- Präventionskurse und Maßnahmen gemäß § 20 Abs. 1 SGB V, die von der Zentralen Prüfstelle Prävention (ZPP) zertifiziert sind, bis zu einem Betrag von 150 Euro pro Versicherungsjahr. Ein Leistungsanspruch besteht nur, wenn nachweislich an mindestens 80 % der Einheiten teilgenommen wurde. Die Kosten müssen in einer separaten Rechnung eingereicht werden. Nicht erstattungsfähig sind Mitgliedsbeiträge, beispielsweise für Fitnessstudios.

Bis zu einem Erstattungsbetrag von 1.000 Euro pro Versicherungsjahr gilt für Leistungen nach dieser Ziffer, dass

- ein etwaig bestehender tariflicher Selbstbehalt (vgl. Ziffer 1.24) nicht in Abzug gebracht sowie
- die Gewährung einer etwaigen erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung nicht beeinflusst

wird.

1.9 Psychotherapeutische Behandlungen – Erstattungssatz 100 %

Für Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Verhaltenstherapie, systemische Therapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Psychoanalyse, sofern sie durch

- niedergelassene ärztliche Psychotherapeuten oder
- approbierte psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten mit Fachkundenachweis

erbracht werden.

Inklusive der probatorischen Sitzungen sind pro Versicherungsfall bis zu 60 Sitzungen ohne vorherige Zusage erstattungsfähig. Bei darüber hinaus erforderlicher Weiterbehandlung ist eine vorherige Zusage des Versicherers in Textform notwendig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen.

Nicht erstattungsfähig sind

- Maßnahmen, die ausschließlich zur beruflichen Anpassung oder zur Berufsförderung bestimmt sind, sowie
- Psychotherapien durch Heilpraktiker.

1.10 Hebammen und Entbindungspfleger – Erstattungssatz 100 %

Aufwendungen für die Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern sind erstattungsfähig, sofern sie den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Hebammen entsprechen. Kosten für eine Rufbereitschaft sind pro Schwangerschaft und Entbindung bis zu einem Betrag von 300 Euro erstattungsfähig.

1.11 Krankenfahrten und Krankentransporte – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Krankenfahrten und Krankentransporte zu und von ambulanten ärztlichen Behandlungen gemäß Ziffer 1.2 (auch im Krankenhaus)

- bei Notfällen,
- bei Erstversorgung nach einem Unfall sowie
- bei ärztlich bescheinigter Geh-, Seh- oder Fahrunfähigkeit,

sofern der Arzt bzw. das Krankenhaus sich im Umkreis von 50 km, gerechnet vom Wohnort bzw. Ort des Ereignisses (beispielsweise Not- oder Unfall), befindet. Ist innerhalb dieses Umkreises kein geeigneter Behandelnder verfügbar, sind die Aufwendungen für Krankenfahrten und Krankentransporte zum nächstgelegenen geeigneten Behandelnden erstattungsfähig.

Wird ein Privat-PKW zur Krankenfahrt verwendet, so wird pro Kilometer ein Betrag von 0,30 Euro erstattet.

Die Aufwendungen für Krankenfahrten sind beschränkt auf 500 Euro pro Versicherungsjahr. Diese Beschränkung gilt nicht für Krankenfahrten zu und von Dialysebehandlungen sowie Strahlen- und Chemotherapie.

1.12 Häusliche Krankenpflege – Erstattungssatz 100 %

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person die versicherte Person nicht wie notwendig pflegen und versorgen kann.

- a) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Behandlungspflege durch geeignete Pflegefachkräfte. Es können nur Pflegedienste in Anspruch genommen werden, die einen Versorgungsvertrag mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geschlossen haben.

Die Behandlungspflege umfasst ärztlich verantwortete medizinische Einzelleistungen durch Pflegefachkräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (z. B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen, Blutdruckmessungen, Beatmung).

- b) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für häusliche Krankenpflege, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege). Die Krankenhausvermeidungspflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können nicht eigenständig verordnet werden, sondern nur im Zusammenhang mit erforderlicher Behandlungspflege. Der Anspruch auf Krankenhausvermeidungspflege besteht bis zu vier Wochen je Versicherungsfall.

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

1.13 Palliative Versorgung – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung notwendig ist. Es können nur Pflegedienste in Anspruch genommen werden, die einen Versorgungsvertrag mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geschlossen haben.

Erstattungsfähig sind darüber hinaus Leistungen für ambulante Hospizdienste.

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

1.14 Haushaltshilfe – Erstattungssatz 100 %

Aufwendungen für eine Haushaltshilfe sind bis zu einem Betrag von 15 Euro pro Stunde, jedoch maximal 80 Euro am Tag erstattungsfähig.

Der Anspruch setzt voraus, dass

- keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann,
- der versicherten Person die Weiterführung des Haushalts aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, z. B. wegen eines stationären Aufenthalts,
- im Haushalt der versicherten Person ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist sowie
- keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des SGB XI vorliegt.

Der Anspruch besteht längstens für 6 Wochen pro Versicherungsfall.

Nicht erstattungsfähig ist die Haushaltshilfe, die durch Verwandte oder Verschwägerter bis zum 2. Grad erbracht wird.

1.15 Sozialpädiatrische Zentren und Frühförderung – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind die Kosten für sozialpädiatrische Behandlungen im Sinne von § 119 SGB V und Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung. Übernommen werden die Behandlungen, soweit sie in Einrichtungen durchgeführt werden, die über einen Vertrag mit der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung verfügen.

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

1.16 Soziotherapie – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind die Kosten für Soziotherapie im Sinne von § 37 a und § 132 b SGB V, wenn eine Verordnung durch einen Arzt, einen psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt. Erstattungsfähig sind maximal 120 Stunden innerhalb von drei Versicherungsjahren.

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

1.17 Ambulante Anschlussheilbehandlungen – Erstattungssatz 100 %

Für Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Ambulante Anschlussheilbehandlungen sind nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist und die Maßnahme in einem engen zeitlichen Zusammenhang an einen akut stationären Krankenhausaufenthalt anschließt. Der enge zeitliche Zusammenhang ist gegeben, sofern die Maßnahme zur Rehabilitation spätestens 4 Wochen nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts beginnt. Sofern aus medizinischen Gründen die Einhaltung dieser Frist nicht sinnvoll ist (beispielsweise nach stationärer Strahlentherapie), gilt auch eine später beginnende Maßnahme zur Rehabilitation als Anschlussheilbehandlung.

Zusätzlich zu den Aufwendungen für die Therapie sind bei ambulanter Anschlussheilbehandlung auch durch die Rehabilita-

tionseinrichtung erbrachte Beratungs- und Schulungsleistungen erstattungsfähig, soweit diese der Erreichung der Ziele der medizinischen Rehabilitation dienen.

1.18 Ambulante Entwöhnungsmaßnahmen – Erstattungssatz 100 %

Für Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Abweichend zu Teil I § 5 (1) b) der MB/KK sind nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform Aufwendungen für maximal drei Entwöhnungsmaßnahmen innerhalb von 10 Versicherungsjahren erstattungsfähig (ambulante und stationäre Maßnahmen werden dabei zusammengerechnet).

Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist.

Qualifizierter Entzug (Entgiftung und Vorbereitung zur Entwöhnung) ist ohne vorherige Zusage erstattungsfähig und fällt nicht unter die oben genannte Begrenzung.

Maßnahmen zur Entwöhnung von Nikotin sind nicht erstattungsfähig.

1.19 Ambulante Rehabilitationen, Kur- und Sanatoriumsbehandlungen – Erstattungssatz 100 %

Für Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Aufwendungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen, die weder eine Anschlussheilbehandlung noch eine Entwöhnungsmaßnahme sind, sowie für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sind nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist.

Zusätzlich zu den Aufwendungen für die Therapie sind bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen auch durch die Rehabilitationseinrichtung erbrachte Beratungs- und Schulungsleistungen erstattungsfähig, soweit diese der Erreichung der Ziele der medizinischen Rehabilitation dienen.

Für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen beträgt die maximale Versicherungsleistung 3.000 Euro innerhalb von 3 Versicherungsjahren. Die Versicherungsleistungen für ambulante und stationäre Maßnahmen werden dabei zusammengerechnet.

Erstattungsfähig bis zu einem Betrag von 200 Euro pro Versicherungsjahr sind darüber hinaus Aufwendungen für ärztlich verordneten Rehabilitationssport und Funktionstraining nach § 64 SGB IX.

1.20 Nichtärztliche Osteopathie – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für osteopathische Behandlungen bis zu 8 Sitzungen je Versicherungsjahr mit maximal 80 Euro pro Sitzung.

Voraussetzung ist, dass die Behandlung durch einen Heilpraktiker durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbands der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Osteopathieverband berechtigt.

§ 4 (6) MB/KK 2009 findet hierbei keine Anwendung.

1.21 Heilpraktiker – Erstattungssatz 80 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes (HeilprG) im Rahmen des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH), einschließlich der verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel.

§ 4 (6) MB/KK 2009 findet hierbei keine Anwendung.

Nicht erstattungsfähig sind

- Behandlungen und Verordnungen durch Heilpraktiker, die ausschließlich eine Zulassung für einen Teilbereich der GebüH (z. B. für Physiotherapie) haben sowie
- Psychotherapie durch Heilpraktiker.

Die Versicherungsleistungen nach dieser Ziffer sind pro Versicherungsjahr auf einen Betrag von 2.000 Euro begrenzt.

1.22 Pauschalleistung bei Erkrankung des Kinds

Erkrankt ein Kind der versicherten Person, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, wird eine Pauschale von 200 Euro geleistet, wenn

- auch für das erkrankte Kind eine Krankheitskosten-Vollversicherung beim Versicherer besteht,
- es nach ärztlicher Bescheinigung erforderlich ist, dass die versicherte Person zur Betreuung des erkrankten Kinds mindestens 5 Arbeitstage in Folge der Arbeit fernbleibt sowie
- keine andere im Haushalt lebende Person die Betreuung übernehmen kann.

Bei Arbeitnehmern ist der Versicherer berechtigt, einen Nachweis des Arbeitgebers über unbezahlte Freistellung zu verlangen.

Die Pauschale wird pro Versicherungsjahr insgesamt maximal zwei Mal gezahlt, unabhängig von der Anzahl der Kinder der versicherten Person und unabhängig davon, welches Kind erkrankt ist. Ein etwaiger bestehender tariflicher Selbstbehalt (vgl. Ziffer 1.24) wird nicht in Abzug gebracht.

Die Gewährung einer etwaigen erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung wird nicht beeinflusst.

1.23 Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft (Kinderwunschbehandlung) – Erstattungssatz 80 %

Für Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Erstattungsfähig sind

- 8 Inseminationen sowie
- 3 In-vitro-Fertilisationen (IVF) auch in Verbindung mit Intracytoplasmatischen Spermieninjektionen (ICSI).

Nach erfolgreicher Geburt werden die bereits durchgeführten Versuche nicht weiter angerechnet. Sofern eine klinische Schwangerschaft eingetreten ist, es jedoch zu einem Spontanabort oder einer Tubargravidität kommt, wird der hierzu durchgeführte Versuch nicht angerechnet.

Ein Leistungsanspruch besteht nur, wenn

- die an der Behandlung beteiligten Partner zum Zeitpunkt der Behandlung beide das 25. Lebensjahr bereits vollendet haben,
- die an der Behandlung beteiligte Frau das 40. Lebensjahr und der an der Behandlung beteiligte Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- die an der Behandlung beteiligten Partner zum Zeitpunkt der Behandlung nicht bereits zwei oder mehr gemeinsame lebende Kinder haben,
- ausschließlich Ei- und Samenzellen der jeweiligen Ehe- bzw. Lebenspartner verwendet werden sowie
- hinreichende Erfolgsaussichten für die gewählte Behandlungsmethode bestehen.

Wenn für die versicherte Person oder deren Partner bei einem anderen Leistungsträger (beispielweise gesetzliche oder private Krankenversicherung, Staat) Anspruch auf Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren besteht, geht dieser Anspruch der Leistungspflicht des Versicherers vor. Der Versicherer ist in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

Die Versicherungsleistungen nach dieser Ziffer sind in den ersten 3 Versicherungsjahren auf einen Betrag von 2.500 Euro begrenzt.

1.24 Selbstbehalt

Von den nach den Ziffern 1.1 bis 1.23 (mit den unter Ziffern 1.7, 1.8 und 1.22 genannten Ausnahmen) zu erstattenden Aufwendungen wird in Abhängigkeit der gewählten Tarilstufe ein Selbstbehalt abgezogen. Er beträgt pro erwachsener Person und Versicherungsjahr insgesamt

0 Euro für Tarilstufe A1H_0,

480 Euro für Tarilstufe A1H_480,

960 Euro für Tarilstufe A1H_960,

1.440 Euro für Tarilstufe A1H_1440.

Für Kinder und Jugendliche gilt in jeder Tarilstufe die Hälfte des Selbstbezahls der Erwachsenen.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestand, der Selbstbehalt um jeweils 1/12 gemindert. Dies gilt entsprechend bei Tarifwechsel mit erstmaliger Vereinbarung oder Erhöhung eines Selbstbezahls während eines Versicherungsjahrs.

Bei einer Reduzierung gilt für die Zeit vor und nach der Änderung der jeweils vereinbarte Selbstbehalt ungekürzt. Ein für das Versicherungsjahr bereits getragener Selbstbehalt wird auf den neuen Selbstbehalt angerechnet.

Endet die Versicherung während eines Versicherungsjahrs, so ändert sich die Höhe des Selbstbezahls nicht.

Teil III Besonderer Teil: Modul Ambulant Komfort (A2)

Gültig ab 1. Januar 2021

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft 2021 (TB/KK 2021) und Teil III Allgemeiner Teil Krankheitskostenvollversicherung

Tarifbezeichnung

Die Tarifbezeichnung A2 wird ergänzt durch den Euro-Betrag des gewählten Selbstbehalts.

1. Versicherungsleistungen

1.1 Ärztlicher und psychotherapeutischer Gebührenrahmen

Ärztliche und psychotherapeutische Leistungen sind nach der jeweiligen gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) erstattungsfähig. Der Erstattungsanspruch besteht bis zu den jeweiligen Höchstsätzen dieser Gebührenordnungen.

1.2 Ärztliche Leistungen – Erstattungssatz 100 %

Die versicherte Person kann unter den niedergelassenen approbierten Ärzten frei wählen. Versichert ist auch die ambulante Behandlung durch approbierte Ärzte in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) gemäß § 95 SGB V oder einem Krankenhaus (beispielsweise eine Krankenhausambulanz). Versichert sind weiterhin ärztliche Leistungen einer Laborgemeinschaft, eines Zentrums für Radiologie sowie von Notärzten und ärztlichen Akutdiensten.

1.3 Arznei- und Verbandmittel – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind Arznei- und Verbandmittel.

Erstattungsfähig ist auch die enterale und parenterale Ernährung (z. B. Sondennahrung, Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate und Elementardiäten), wenn aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Erstattungsfähig sind überdies Harn- und Blutteststreifen.

Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion sind nach vorheriger Zusage erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage erteilen, sofern es sich um ein Generikum (Nachahmerpräparat) handelt und die erektile Dysfunktion allein auf eine der nachfolgenden Erkrankungen zurückzuführen ist:

- Prostatakarzinom mit radikaler Prostatektomie
- Multiple Sklerose
- Querschnittlähmung
- Diabetes mellitus

Nicht erstattungsfähig sind, auch wenn sie von Personen, die einen Heilberuf ausüben, verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten:

- Nahrungsmittel (außer bei Vorliegen einer Enzymmangelerkrankung oder Mukoviszidose)
- Stärkungspräparate (auch sexuelle)
- Mineralwässer und Tees
- Multivitaminpräparate
- Badezusätze

- Kosmetika
- Antikonzeptiva
- Desinfektionsmittel und Mittel zur Hygiene und Körperpflege
- Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

1.4 Sehhilfen und operative Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit – Erstattungssatz 100 %

Aufwendungen für Sehhilfen sind erstattungsfähig.

Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Haftschaalen. Die Versicherungsleistung ist begrenzt auf einen Betrag von 250 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren.

Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit sind erstattungsfähig.

Die Versicherungsleistung für Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit, z. B. durch LASIK (Laser in situ Keratomileusis), ist je Auge auf 500 Euro innerhalb von 10 Versicherungsjahren begrenzt.

1.5 Hilfsmittel außer Sehhilfen – Erstattungssatz 100%/80 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für technische Hilfsmittel sowie Körperersatzstücke (einschließlich deren Reparatur und Wartung),

- die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen (z. B. Krankenfahrstühle, Prothesen),
- die zur Therapie und Diagnostik erforderlich sind, um den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern (z. B. Blutzuckermessgeräte mit Sensortechnik inklusive der notwendigen Sensoren) sowie
- die zur Lebenserhaltung erforderlich sind (lebenserhaltende Hilfsmittel wie z. B. Beatmungsgeräte).

Erstattungsfähig sind ferner die Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhunds und, sofern dies für die Inanspruchnahme für Leistungen nach diesem Tarif erforderlich ist, Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher).

Erstattungsfähig sind außerdem Aufwendungen für

- orthopädische Maßschuhe abzüglich eines Eigenanteils von 70 Euro für normales Schuhwerk sowie orthopädische Zurichtungen (zusammen maximal 4 Paar pro Versicherungsjahr),
- Schuheinlagen (maximal 4 Paar pro Versicherungsjahr),
- Voll- oder Teilperücken bei Haarausfall nach Chemotherapie oder bei kreisrundem Haarausfall (alopecia areata) bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren sowie
- ärztlich verordnete Allergikerbettwäsche bis zu einem Betrag von 150 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren.

Erstattungsfähig sind ebenfalls die Kosten für Apps und/oder digitale Anwendungen, sofern sie als Medizinprodukt in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139 e SGB V eingetragen sind und durch einen Arzt gemäß Ziffer 1.2 oder Psychotherapeuten gemäß Ziffer 1.9 verordnet wurden.

Hat sich der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem Hersteller der App bzw. Anwendung auf einen maximalen Leistungszeitraum verständigt oder wurde ein solcher von der zuständigen Schiedsstelle festgelegt, so ist die Erstattungsfähigkeit nach diesem Tarif ebenfalls auf diesen Zeitraum begrenzt.

Nicht erstattungsfähig sind

- Hilfsmittel für die die Pflegepflichtversicherung leistungspflichtig ist,
- Hilfsmittel, die dem Fitness-, Wellness- und/oder Entspannungsbereich zuzuordnen sind,
- Hilfsmittel, die Gebrauchsgegenstände und Hygieneartikel des täglichen Lebens einer gesunden Person sind,
- Fieberthermometer sowie
- die Kosten zum Unterhalt bzw. Betrieb eines Hilfsmittels (z. B. Batterien, Strom, Wasser), außer Batterien für Hörgeräte.

Zu 100 % erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ein erstattungsfähiges Hilfsmittel, wenn

- der Versicherer mit der Beschaffung beauftragt wird (der Versicherer ist berechtigt Hilfsmittel auch zur Miete zur Verfügung zu stellen),
- das Hilfsmittel nicht mehr als 1.000 Euro kostet und vom Versicherungsnehmer selbst beschafft wird,
- das Hilfsmittel im Rahmen eines akut eingetretenen Notfalls beschafft wurde oder
- es sich um eine erstattungsfähige Perücke handelt.

Liegt keine dieser Voraussetzungen vor, werden die Kosten nur bis zu dem Betrag ersetzt, zu dem der Versicherer das Hilfsmittel hätte beschaffen oder zur Verfügung stellen können, maximal jedoch zu 80 %.

Bei wiederholtem Bezug eines Hilfsmittels gleicher Art ist der Versicherer berechtigt zu verlangen, dass er zukünftig vom Versicherungsnehmer mit der Beschaffung beauftragt wird. Kommt der Versicherungsnehmer dieser Aufforderung nicht nach, sind nur die Kosten erstattungsfähig, zu denen der Versicherer das Hilfsmittel hätte beschaffen können, maximal jedoch 80 %.

1.6 Heilmittel – Erstattungssatz 80%/100 %

Heilmittel sind erstattungsfähig, wenn sie von

- Ärzten oder
- Angehörigen staatlich geprüfter oder anerkannter Gesundheitsberufe oder medizinischer Assistenzberufe (dazu gehören beispielsweise Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, Podologen, Masseur, Krankengymnasten, Diätassistenten)

erbracht werden und im Heilmittelverzeichnis der gültigen Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) aufgeführt sind.

Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder gelten nicht als Heilmittel.

Soweit Heilmittel von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden, sind sie bis zu den in der gültigen BBhV genannten Höchstbeträgen erstattungsfähig.

Soweit Heilmittel von Ärzten erbracht werden, richtet sich die Erstattung nach Ziffer 1.1 bzw. 1.2.

Bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag für Heilmittel von 2.500 Euro pro Versicherungsjahr beträgt der Erstattungssatz 80 %, für alle darüberhinausgehenden Kosten beträgt der Erstattungssatz 100 %.

1.7 Ambulante Operationen – Erstattungssatz 100 %

Aufwendungen für ambulante Operationen sind erstattungsfähig.

Tritt die ambulante Operation an die Stelle einer an sich gebotenen stationären Behandlung, wird ein etwaiger bestehender tariflicher Selbstbehalt (vgl. Ziffer 1.23) nicht in Abzug gebracht. Dies gilt nur, soweit die ambulante Operation im Katalog der stations-

ersetzenden ambulanten Operationen nach §115b SGB V auf Grundlage der jeweils gültigen Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder der Bundesverbände der Krankenhaus-träger aufgeführt ist.

1.8 Vorsorge und Impfungen – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind:

- ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur gezielten Früherkennung von Krankheiten auch über die gesetzlichen Programme hinaus sowie Kosten für die Vorsorge während der Schwangerschaft
- Schutzimpfungen, die von der der Ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert-Koch-Institut empfohlen werden, auch solche, die aus Anlass einer Auslandsreise erfolgen. Abweichend von Absatz 1.2 kann die versicherte Person bei Impfungen und Impfberatungen aus Anlass einer Auslandsreise auch unter nicht niedergelassenen Ärzten frei wählen, sofern diese behördlich zur Erbringung dieser Leistungen zugelassen sind (z. B. an Tropeninstituten angestellte Ärzte)
- Malaria-Prophylaxe
- Gripeschutzimpfungen ohne Altersbeschränkung

Bis zu einem Erstattungsbetrag von 500 Euro pro Versicherungsjahr gilt für Leistungen nach dieser Ziffer, dass

- ein etwaig bestehender tariflicher Selbstbehalt (vgl. Ziffer 1.23) nicht in Abzug gebracht sowie
- die Gewährung einer etwaigen erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung nicht beeinflusst

wird.

1.9 Psychotherapeutische Behandlungen – Erstattungssatz 80 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Verhaltenstherapie, systemische Therapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Psychoanalyse, sofern sie durch

- niedergelassene ärztliche Psychotherapeuten oder
- approbierte psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten mit Fachkundenachweis

erbracht werden.

Für bis zu fünf probatorische Sitzungen je Versicherungsfall gilt ein erhöhter Erstattungssatz von 100 %.

Inklusive der probatorischen Sitzungen sind pro Versicherungsfall bis zu 30 Sitzungen ohne vorherige Zusage erstattungsfähig. Bei darüber hinaus erforderlicher Weiterbehandlung ist eine vorherige Zusage des Versicherers in Textform notwendig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen.

Nicht erstattungsfähig sind

- Maßnahmen, die ausschließlich zur beruflichen Anpassung oder zur Berufsförderung bestimmt sind, sowie
- Psychotherapien durch Heilpraktiker.

1.10 Hebammen und Entbindungspfleger – Erstattungssatz 100 %

Aufwendungen für die Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern sind erstattungsfähig, sofern sie den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Hebammen entsprechen. Kosten für eine Rufbereitschaft sind pro Schwangerschaft und Entbindung bis zu einem Betrag von 300 Euro erstattungsfähig.

1.11 Krankenfahrten und Krankentransporte – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Krankenfahrten und Krankentransporte zu und von ambulanten ärztlichen Behandlungen gemäß Ziffer 1.2 (auch im Krankenhaus)

- bei Notfällen,
- bei Erstversorgung nach einem Unfall sowie
- bei ärztlich bescheinigter Geh-, Seh- oder Fahrunfähigkeit,

sofern der Arzt bzw. das Krankenhaus sich im Umkreis von 50 km, gerechnet vom Wohnort bzw. Ort des Ereignisses (beispielsweise Not- oder Unfall), befindet. Ist innerhalb dieses Umkreises kein geeigneter Behandelnder verfügbar, sind die Aufwendungen für Krankenfahrten und Krankentransporte zum nächstgelegenen geeigneten Behandelnden erstattungsfähig.

Wird ein Privat-PKW zur Krankenfahrt verwendet, so wird pro Kilometer ein Betrag von 0,30 Euro erstattet.

Die Aufwendungen für Krankenfahrten sind beschränkt auf 300 Euro pro Versicherungsjahr. Diese Beschränkung gilt nicht für Krankenfahrten zu und von Dialysebehandlungen sowie Strahlen- und Chemotherapie.

1.12 Häusliche Krankenpflege – Erstattungssatz 100 %

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person die versicherte Person nicht wie notwendig pflegen und versorgen kann.

- a) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Behandlungspflege durch geeignete Pflegefachkräfte. Es können nur Pflegedienste in Anspruch genommen werden, die einen Versorgungsvertrag mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geschlossen haben.

Die Behandlungspflege umfasst ärztlich verantwortete medizinische Einzelleistungen durch Pflegefachkräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (z.B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen, Blutdruckmessungen, Beatmung).

- b) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für häusliche Krankenpflege, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege). Die Krankenhausvermeidungspflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können nicht eigenständig verordnet werden, sondern nur im Zusammenhang mit erforderlicher Behandlungspflege. Der Anspruch auf Krankenhausvermeidungspflege besteht bis zu vier Wochen je Versicherungsfall.

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

1.13 Palliative Versorgung – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung notwendig ist. Es können nur Pflegedienste in Anspruch genommen werden, die einen Versorgungsvertrag mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geschlossen haben.

Erstattungsfähig sind darüber hinaus Leistungen für ambulante Hospizdienste.

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

1.14 Haushaltshilfe – Erstattungssatz 100 %

Aufwendungen für eine Haushaltshilfe sind bis zu einem Betrag von 15 Euro pro Stunde, jedoch maximal 80 Euro am Tag erstattungsfähig.

Der Anspruch setzt voraus, dass

- keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann,
- der versicherten Person die Weiterführung des Haushalts aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, z.B. wegen eines stationären Aufenthalts,
- im Haushalt der versicherten Person ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist sowie
- keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des SGB XI vorliegt.

Der Anspruch besteht längstens für 6 Wochen pro Versicherungsfall.

Nicht erstattungsfähig ist die Haushaltshilfe, die durch Verwandte oder Verschwägte bis zum 2. Grad erbracht wird.

1.15 Sozialpädiatrische Zentren und Frühförderung – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind die Kosten für sozialpädiatrische Behandlungen im Sinne von § 119 SGB V und Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung. Übernommen werden die Behandlungen, soweit sie in Einrichtungen durchgeführt werden, die über einen Vertrag mit der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung verfügen.

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

1.16 Soziotherapie – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind die Kosten für Soziotherapie im Sinne von § 37 a und § 132 b SGB V, wenn eine Verordnung durch einen Arzt, einen psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt. Erstattungsfähig sind maximal 120 Stunden innerhalb von drei Versicherungsjahren.

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

1.17 Ambulante Anschlussheilbehandlungen – Erstattungssatz 100 %

Ambulante Anschlussheilbehandlungen sind nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist und die Maßnahme in einem engen zeitlichen Zusammenhang an einen akut stationären Krankenhausaufenthalt anschließt. Der enge zeitliche Zusammenhang ist gegeben, sofern die Maßnahme zur Rehabilitation spätestens 4 Wochen nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts beginnt. Sofern aus medizinischen Gründen die Einhaltung dieser Frist nicht sinnvoll ist (beispielsweise nach stationärer Strahlentherapie), gilt auch eine später beginnende Maßnahme zur Rehabilitation als Anschlussheilbehandlung.

Zusätzlich zu den Aufwendungen für die Therapie sind bei ambulanter Anschlussheilbehandlung auch durch die Rehabilitationseinrichtung erbrachte Beratungs- und Schulungsleistungen erstattungsfähig, soweit diese der Erreichung der Ziele der medizinischen Rehabilitation dienen.

1.18 Ambulante Entwöhnungsmaßnahmen – Erstattungssatz 100 %

Abweichend zu Teil I § 5 (1) b) der MB/KK sind nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform Aufwendungen für maximal drei Entwöhnungsmaßnahmen innerhalb von 10 Versicherungsjahren erstattungsfähig (ambulante und stationäre Maßnahmen werden dabei zusammengerechnet).

Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist. Qualifizierter Entzug (Entgiftung und Vorbereitung zur Entwöhnung) ist ohne vorherige Zusage erstattungsfähig und fällt nicht unter die oben genannte Begrenzung.

Maßnahmen zur Entwöhnung von Nikotin sind nicht erstattungsfähig.

1.19 Ambulante Rehabilitationen, Kur- und Sanatoriumsbehandlungen – Erstattungssatz 100 %

Aufwendungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen, die weder eine Anschlussheilbehandlung noch eine Entwöhnungsmaßnahme sind, sowie für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen, sind nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist.

Zusätzlich zu den Aufwendungen für die Therapie sind bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen auch durch die Rehabilitationseinrichtung erbrachte Beratungs- und Schulungsleistungen erstattungsfähig, soweit diese der Erreichung der Ziele der medizinischen Rehabilitation dienen.

Für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen beträgt die maximale Versicherungsleistung 3.000 Euro innerhalb von 3 Versicherungsjahren. Die Versicherungsleistungen für ambulante und stationäre Maßnahmen werden dabei zusammengerechnet.

Erstattungsfähig bis zu einem Betrag von 200 Euro pro Versicherungsjahr sind darüber hinaus Aufwendungen für ärztlich verordneten Rehabilitationssport und Funktionstraining nach § 64 SGB IX.

1.20 Nichtärztliche Osteopathie – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für osteopathische Behandlungen bis zu 6 Sitzungen je Versicherungsjahr mit maximal 80 Euro pro Sitzung.

Voraussetzung ist, dass die Behandlung durch einen Heilpraktiker durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbands der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Osteopathieverband berechtigt.

§ 4 (6) MB/KK 2009 findet hierbei keine Anwendung.

1.21 Heilpraktiker – Erstattungssatz 80 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes (HeilprG) im Rahmen des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH), einschließlich der verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel.

§ 4 (6) MB/KK 2009 findet hierbei keine Anwendung.

Nicht erstattungsfähig sind

- Behandlungen und Verordnungen durch Heilpraktiker, die ausschließlich eine Zulassung für einen Teilbereich der GebüH (z. B. für Physiotherapie) haben sowie
- Psychotherapie durch Heilpraktiker.

Die Versicherungsleistungen nach dieser Ziffer sind pro Versicherungsjahr auf einen Betrag von 500 Euro begrenzt.

1.22 Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft (Kinderwunschbehandlung) – Erstattungssatz 60 %

Erstattungsfähig sind

- 8 Inseminationen sowie
- 3 In-vitro-Fertilisationen (IVF) auch in Verbindung mit Intracytoplasmatischen Spermieninjektionen (ICSI).

Nach erfolgreicher Geburt werden die bereits durchgeführten Versuche nicht weiter angerechnet. Sofern eine klinische Schwangerschaft eingetreten ist, es jedoch zu einem Spontanabort oder einer Tubargravidität kommt, wird der hierzu durchgeführte Versuch nicht angerechnet.

Ein Leistungsanspruch besteht nur, wenn

- die an der Behandlung beteiligten Partner zum Zeitpunkt der Behandlung beide das 25. Lebensjahr bereits vollendet haben,
- die an der Behandlung beteiligte Frau das 40. Lebensjahr und der an der Behandlung beteiligte Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- die an der Behandlung beteiligten Partner zum Zeitpunkt der Behandlung nicht bereits zwei oder mehr gemeinsame lebende Kinder haben,
- ausschließlich Ei- und Samenzellen der jeweiligen Ehe- bzw. Lebenspartner verwendet werden sowie
- hinreichende Erfolgsaussichten für die gewählte Behandlungsmethode bestehen.

Wenn für die versicherte Person oder deren Partner bei einem anderen Leistungsträger (beispielsweise gesetzliche oder private Krankenversicherung, Staat) Anspruch auf Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren besteht, geht dieser Anspruch der Leistungspflicht des Versicherers vor. Der Versicherer ist in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

Die Versicherungsleistungen nach dieser Ziffer sind in den ersten 3 Versicherungsjahren auf einen Betrag von 1.800 Euro begrenzt.

1.23 Selbstbehalt

Von den nach den Ziffern 1.1 bis 1.22 (mit den unter Ziffern 1.7 und 1.8 genannten Ausnahmen) zu erstattenden Aufwendungen wird in Abhängigkeit der gewählten Tarfstufe ein Selbstbehalt abgezogen. Er beträgt pro erwachsener Person und Versicherungsjahr insgesamt

0 Euro für Tarfstufe A2_0,

480 Euro für Tarfstufe A2_480,

960 Euro für Tarfstufe A2_960,

1.440 Euro für Tarfstufe A2_1440.

Für Kinder und Jugendliche gilt in jeder Tarfstufe die Hälfte des Selbstbehalts der Erwachsenen.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestand, der Selbstbehalt um jeweils 1/12 gemindert. Dies gilt entsprechend bei Tarifwechsel mit erstmaliger Vereinbarung oder Erhöhung eines Selbstbehalts während eines Versicherungsjahrs.

Bei einer Reduzierung gilt für die Zeit vor und nach der Änderung der jeweils vereinbarte Selbstbehalt ungekürzt. Ein für das Versicherungsjahr bereits getragener Selbstbehalt wird auf den neuen Selbstbehalt angerechnet.

Endet die Versicherung während eines Versicherungsjahrs, so ändert sich die Höhe des Selbstbehalts nicht.

Teil III Besonderer Teil: Modul Ambulant Komfort Hausarzt (A2H)

Gültig ab 1. Januar 2021

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft 2021 (TB/KK 2021) und Teil III Allgemeiner Teil Krankheitskostenvollversicherung

Tarifbezeichnung

Die Tarifbezeichnung A2H wird ergänzt durch den Euro-Betrag des gewählten Selbstbehalts.

1. Versicherungsleistungen

1.1 Ärztlicher und psychotherapeutischer Gebührenrahmen

Ärztliche und psychotherapeutische Leistungen sind nach der jeweiligen gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) erstattungsfähig. Der Erstattungsanspruch besteht bis zu den jeweiligen Höchstsätzen dieser Gebührenordnungen.

1.2 Ärztliche Leistungen – Erstattungssatz 100 %/70 %

- a) Die versicherte Person kann unter den niedergelassenen approbierten Ärzten frei wählen. Versichert ist auch die ambulante Behandlung durch approbierte Ärzte in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) gemäß § 95 SGB V oder einem Krankenhaus (beispielsweise eine Krankenhausambulanz). Versichert sind weiterhin ärztliche Leistungen einer Laborgemeinschaft, eines Zentrums für Radiologie sowie von Notärzten und ärztlichen Akutdiensten.

- b) Haus-/Primärarztprinzip:

Als Primärärzte gelten

- Ärzte für Allgemeinmedizin/praktische Ärzte (Hausärzte),
- Internisten, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen,
- Fachärzte für Gynäkologie,
- Fachärzte für Urologie,
- Fachärzte für Augenerkrankungen (Augenärzte),
- Fachärzte für Kinderheilkunde (Kinderärzte),
- Not- und Bereitschaftsärzte und
- Ärzte (auch Fachärzte), die über einen vom Versicherer zur Verfügung gestellten telefonischen oder digitalen Service kontaktiert werden.

Erfolgt eine ärztliche Behandlung durch einen Primärarzt, sind die Aufwendungen zu 100 % erstattungsfähig. Bei Behandlung durch Notärzte oder Bereitschaftsärzte muss aus der Rechnung ersichtlich sein, dass es sich um eine Behandlung im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes gehandelt hat.

Erfolgt eine ärztliche Behandlung durch einen anderen als die oben genannten Primärärzte, so sind die Aufwendungen zu 100 % erstattungsfähig, wenn die versicherte Person durch einen Primärarzt zur Weiterbehandlung überwiesen wurde.

Erfolgt eine ärztliche Behandlung durch einen anderen als die oben genannten Primärärzte ohne dass eine Überweisung zur Weiterbehandlung durch einen Primärarzt stattgefunden hat, so sind die Aufwendungen zu 70 % erstattungsfähig.

- c) Das Haus-/Primärarztprinzip nach Ziffer 1.2b gilt nicht bei Behandlungen im Ausland, außer bei einem Auslandsaufenthalt zu einer geplanten medizinischen Behandlung oder Entbindung (gezielte Heilbehandlung).

1.3 Arznei- und Verbandmittel – Erstattungssatz 100 %/70 %

Erstattungsfähig sind Arznei- und Verbandmittel.

Erstattungsfähig ist auch die enterale und parenterale Ernährung (z. B. Sondennahrung, Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate und Elementardiäten), wenn aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Erstattungsfähig sind überdies Harn- und Blutteststreifen.

Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion sind nach vorheriger Zusage erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage erteilen, sofern es sich um ein Generikum (Nachahmerpräparat) handelt und die erektile Dysfunktion allein auf eine der nachfolgenden Erkrankungen zurückzuführen ist:

- Prostatakarzinom mit radikaler Prostatektomie
- Multiple Sklerose
- Querschnittlähmung
- Diabetes mellitus.

Nicht erstattungsfähig sind, auch wenn sie von Personen, die einen Heilberuf ausüben, verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten:

- Nahrungsmittel (außer bei Vorliegen einer Enzymmangelkrankung oder Mukoviszidose)
- Stärkungspräparate (auch sexuelle)
- Mineralwässer und Tees
- Multivitaminpräparate
- Badezusätze
- Kosmetika
- Antikonceptiva
- Desinfektionsmittel und Mittel zur Hygiene und Körperpflege
- Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

Bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag für Arznei- und Verbandmittel von 2.500 Euro pro Versicherungsjahr beträgt der Erstattungssatz 70 %, für alle darüber hinaus gehenden Kosten beträgt er 100 %. Abweichend von dieser Regelung beträgt der Erstattungssatz 100 %, sofern es sich bei dem Arzneimittel um ein Generikum (Nachahmerpräparat) handelt und es nicht während eines Auslandsaufenthalts erworben wurde.

1.4 Sehhilfen und operative Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit – Erstattungssatz 100 %

Für Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Aufwendungen für Sehhilfen sind erstattungsfähig.

Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Haftschalen. Die Versicherungsleistung ist begrenzt auf einen Betrag von 250 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren.

Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit sind erstattungsfähig.

Die Versicherungsleistung für Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit, z.B. durch LASIK (Laser in situ Keratomileusis), ist je Auge auf 500 Euro innerhalb von 10 Versicherungsjahren begrenzt.

1.5 Hilfsmittel außer Sehhilfen – Erstattungssatz 100%/80 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für technische Hilfsmittel sowie Körpersersatzstücke (einschließlich deren Reparatur und Wartung),

- die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen (z.B. Krankenfahrstühle, Prothesen),
- die zur Therapie und Diagnostik erforderlich sind, um den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern (z.B. Blutzuckermessgeräte mit Sensortechnik inklusive der notwendigen Sensoren) sowie
- die zur Lebenserhaltung erforderlich sind (lebenserhaltende Hilfsmittel wie z.B. Beatmungsgeräte).

Erstattungsfähig sind ferner die Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhunds und, sofern dies für die Inanspruchnahme für Leistungen nach diesem Tarif erforderlich ist, Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z.B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher).

Erstattungsfähig sind außerdem Aufwendungen für

- orthopädische Maßschuhe abzüglich eines Eigenanteils von 70 Euro für normales Schuhwerk sowie orthopädische Zurechtungen (zusammen maximal 4 Paar pro Versicherungsjahr),
- Schuheinlagen (maximal 4 Paar pro Versicherungsjahr),
- Voll- oder Teilperücken bei Haarausfall nach Chemotherapie oder bei kreisrundem Haarausfall (alopecia areata) bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren sowie
- ärztlich verordnete Allergikerbettwäsche bis zu einem Betrag von 150 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren.

Erstattungsfähig sind ebenfalls die Kosten für Apps und/oder digitale Anwendungen sofern sie als Medizinprodukt in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139 e SGB V eingetragen sind und durch einen Arzt gemäß Ziffer 1.2 oder Psychotherapeuten gemäß Ziffer 1.9 verordnet wurden.

Hat sich der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem Hersteller der App bzw. Anwendung auf einen maximalen Leistungszeitraum verständigt oder wurde ein solcher von der zuständigen Schiedsstelle festgelegt, so ist die Erstattungsfähigkeit nach diesem Tarif ebenfalls auf diesen Zeitraum begrenzt.

Nicht erstattungsfähig sind

- Hilfsmittel für die die Pflegepflichtversicherung leistungspflichtig ist,
- Hilfsmittel, die dem Fitness-, Wellness- und/oder Entspannungsbereich zuzuordnen sind,
- Hilfsmittel, die Gebrauchsgegenstände und Hygieneartikel des täglichen Lebens einer gesunden Person sind,
- Fieberthermometer sowie
- die Kosten zum Unterhalt bzw. Betrieb eines Hilfsmittels (z.B. Batterien, Strom, Wasser), außer Batterien für Hörgeräte.

Zu 100 % erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ein erstattungsfähiges Hilfsmittel, wenn

- der Versicherer mit der Beschaffung beauftragt wird (der Versicherer ist berechtigt Hilfsmittel auch zur Miete zur Verfügung zu stellen),
- das Hilfsmittel nicht mehr als 1.000 Euro kostet und vom Versicherungsnehmer selbst beschafft wird,
- das Hilfsmittel im Rahmen eines akut eingetretenen Notfalls beschafft wurde oder
- es sich um eine erstattungsfähige Perücke handelt.

Liegt keine dieser Voraussetzungen vor, werden die Kosten nur bis zu dem Betrag ersetzt, zu dem der Versicherer das Hilfsmittel hätte beschaffen oder zur Verfügung stellen können, maximal jedoch zu 80 %.

Bei wiederholtem Bezug eines Hilfsmittels gleicher Art ist der Versicherer berechtigt zu verlangen, dass er zukünftig vom Versicherungsnehmer mit der Beschaffung beauftragt wird. Kommt der Versicherungsnehmer dieser Aufforderung nicht nach, sind nur die Kosten erstattungsfähig, zu denen der Versicherer das Hilfsmittel hätte beschaffen können, maximal jedoch 80 %.

1.6 Heilmittel – Erstattungssatz 80%/100 %

Heilmittel sind erstattungsfähig, wenn sie von

- Ärzten oder
- Angehörigen staatlich geprüfter oder anerkannter Gesundheitsberufe oder medizinischer Assistenzberufe (Dazu gehören beispielsweise Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, Podologen, Masseur, Krankengymnasten, Diätassistenten)

erbracht werden und im Heilmittelverzeichnis der gültigen Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) aufgeführt sind.

Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder gelten nicht als Heilmittel.

Soweit Heilmittel von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden, sind sie bis zu den in der gültigen BBhV genannten Höchstbeträgen erstattungsfähig.

Soweit Heilmittel von Ärzten erbracht werden, richtet sich die Erstattung nach Ziffer 1.1 bzw. 1.2.

Bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag für Heilmittel von 2.500 Euro pro Versicherungsjahr beträgt der Erstattungssatz 80 %, für alle darüber hinausgehenden Kosten beträgt er 100 %.

1.7 Ambulante Operationen – Erstattungssatz 100 %

Für Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Aufwendungen für ambulante Operationen sind erstattungsfähig.

Tritt die ambulante Operation an die Stelle einer an sich gebotenen stationären Behandlung, wird ein etwaiger bestehender tariflicher Selbstbehalt (vgl. Ziffer 1.23) nicht in Abzug gebracht. Dies gilt nur, soweit die ambulante Operation im Katalog der stationärsersetzenden ambulanten Operationen nach §115b SGB V auf Grundlage der jeweils gültigen Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder der Bundesverbände der Krankenhausträger aufgeführt ist.

1.8 Vorsorge und Impfungen – Erstattungssatz 100 %

Für Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Erstattungsfähig sind:

- ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur gezielten Früherkennung von Krankheiten auch über die gesetzlichen Programme hinaus sowie Kosten für die Vorsorge während der Schwangerschaft

- Schutzimpfungen, die von der der Ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert-Koch-Institut empfohlen werden, auch solche die aus Anlass einer Auslandsreise erfolgen. Abweichend von Absatz 1.2 kann die versicherte Person bei Impfungen und Impfberatungen aus Anlass einer Auslandsreise auch unter nicht niedergelassenen Ärzten frei wählen, sofern diese behördlich zur Erbringung dieser Leistungen zugelassen sind (z.B. an Tropeninstituten angestellte Ärzte)
- Malaria-Prophylaxe
- Gripeschutzimpfungen ohne Altersbeschränkung.

Bis zu einem Erstattungsbetrag von 500 Euro pro Versicherungsjahr gilt für Leistungen nach dieser Ziffer, dass

- ein etwaig bestehender tariflicher Selbstbehalt (vgl. Ziffer 1.23) nicht in Abzug gebracht sowie
- die Gewährung einer etwaigen erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung nicht beeinflusst

wird.

1.9 Psychotherapeutische Behandlungen – Erstattungssatz 80 %

Für Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Verhaltenstherapie, systemische Therapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Psychoanalyse, sofern sie durch

- niedergelassene ärztliche Psychotherapeuten oder
- approbierte psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Fachkundenachweis

erbracht werden.

Für bis zu fünf probatorische Sitzungen je Versicherungsfall gilt ein erhöhter Erstattungssatz von 100 %.

Inklusive der probatorischen Sitzungen sind pro Versicherungsfall bis zu 30 Sitzungen ohne vorherige Zusage erstattungsfähig. Bei darüber hinaus erforderlicher Weiterbehandlung ist eine vorherige Zusage des Versicherers in Textform notwendig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen.

Nicht erstattungsfähig sind

- Maßnahmen, die ausschließlich zur beruflichen Anpassung oder zur Berufsförderung bestimmt sind, sowie
- Psychotherapien durch Heilpraktiker.

1.10 Hebammen und Entbindungspfleger – Erstattungssatz 100 %

Aufwendungen für die Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern sind erstattungsfähig, sofern sie den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Hebammen entsprechen. Kosten für eine Rufbereitschaft sind pro Schwangerschaft und Entbindung bis zu einem Betrag von 300 Euro erstattungsfähig.

1.11 Krankenfahrten und Krankentransporte – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Krankenfahrten und Krankentransporte zu und von ambulanten ärztlichen Behandlern gemäß Ziffer 1.2 (auch im Krankenhaus)

- bei Notfällen,
- bei Erstversorgung nach einem Unfall sowie
- bei ärztlich bescheinigter Geh-, Seh- oder Fahrunfähigkeit,

sofern der Arzt bzw. das Krankenhaus sich im Umkreis von 50 km, gerechnet vom Wohnort bzw. Ort des Ereignisses (beispielsweise Not- oder Unfall), befindet. Ist innerhalb dieses Umkreises kein

geeigneter Behandler verfügbar, sind die Aufwendungen für Krankenfahrten und Krankentransporte zu nächstgelegenen geeigneten Behandlern erstattungsfähig.

Wird ein Privat-PKW zur Krankenfahrt verwendet, so wird pro Kilometer ein Betrag von 0,30 Euro erstattet.

Die Aufwendungen für Krankenfahrten sind beschränkt auf 300 Euro pro Versicherungsjahr. Diese Beschränkung gilt nicht für Krankenfahrten zu und von Dialysebehandlungen sowie Strahlen- und Chemotherapie.

1.12 Häusliche Krankenpflege – Erstattungssatz 100 %

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person die versicherte Person nicht wie notwendig pflegen und versorgen kann.

- a) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Behandlungspflege durch geeignete Pflegefachkräfte. Es können nur Pflegedienste in Anspruch genommen werden, die einen Versorgungsvertrag mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geschlossen haben.

Die Behandlungspflege umfasst ärztlich verantwortete medizinische Einzelleistungen durch Pflegefachkräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (z.B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen, Blutdruckmessungen, Beatmung).

- b) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für häusliche Krankenpflege, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. (Krankenhausvermeidungspflege). Die Krankenhausvermeidungspflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können nicht eigenständig verordnet werden, sondern nur im Zusammenhang mit erforderlicher Behandlungspflege. Der Anspruch auf Krankenhausvermeidungspflege besteht bis zu vier Wochen je Versicherungsfall.

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

1.13 Palliative Versorgung – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung notwendig ist. Es können nur Pflegedienste in Anspruch genommen werden, die einen Versorgungsvertrag mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geschlossen haben.

Erstattungsfähig sind darüber hinaus Leistungen für ambulante Hospizdienste.

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

1.14 Haushaltshilfe – Erstattungssatz 100 %

Aufwendungen für eine Haushaltshilfe sind bis zu einem Betrag von 15 Euro pro Stunde, jedoch maximal 80 Euro am Tag erstattungsfähig.

Der Anspruch setzt voraus, dass

- keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann,
- der versicherten Person die Weiterführung des Haushalts aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, z. B. wegen eines stationären Aufenthalts,
- im Haushalt der versicherten Person ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist sowie
- keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des SGB XI vorliegt.

Der Anspruch besteht längstens für 6 Wochen pro Versicherungsfall.

Nicht erstattungsfähig ist die Haushaltshilfe, die durch Verwandte oder Verschwägerte bis zum 2. Grad erbracht wird.

1.15 Sozialpädiatrische Zentren und Frühförderung – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind die Kosten für sozialpädiatrische Behandlungen im Sinne von § 119 SGB V und Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung. Übernommen werden die Behandlungen, soweit sie in Einrichtungen durchgeführt werden, die über einen Vertrag mit der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung verfügen.

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

1.16 Soziotherapie – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind die Kosten für Soziotherapie im Sinne von § 37 a und § 132 b SGB V, wenn eine Verordnung durch einen Arzt, einen psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt. Erstattungsfähig sind maximal 120 Stunden innerhalb von zwei Versicherungsjahren.

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

1.17 Ambulante Anschlussheilbehandlungen – Erstattungssatz 100 %

Für Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Ambulante Anschlussheilbehandlungen sind nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist und die Maßnahme in einem engen zeitlichen Zusammenhang an einen akut stationären Krankenhausaufenthalt anschließt. Der enge zeitliche Zusammenhang ist gegeben, sofern die Maßnahme zur Rehabilitation spätestens 4 Wochen nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts beginnt. Sofern aus medizinischen Gründen die Einhaltung dieser Frist nicht sinnvoll ist (beispielsweise nach stationärer Strahlentherapie), gilt auch eine später beginnende Maßnahme zur Rehabilitation als Anschlussheilbehandlung.

Zusätzlich zu den Aufwendungen für die Therapie sind bei ambulanter Anschlussheilbehandlung auch durch die Rehabilitationseinrichtung erbrachte Beratungs- und Schulungsleistungen erstattungsfähig, soweit diese der Erreichung der Ziele der medizinischen Rehabilitation dienen.

1.18 Ambulante Entwöhnungsmaßnahmen – Erstattungssatz 100 %

Für Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Abweichend zu Teil I § 5 (1) b) der MB/KK sind nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform Aufwendungen für maximal drei Entwöhnungsmaßnahmen innerhalb von 10 Versicherungsjahren erstattungsfähig (ambulante und stationäre Maßnahmen werden dabei zusammengerechnet). Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist.

Qualifizierter Entzug (Entgiftung und Vorbereitung zur Entwöhnung) ist ohne vorherige Zusage erstattungsfähig und fällt nicht unter die oben genannte Begrenzung.

Maßnahmen zur Entwöhnung von Nikotin sind nicht erstattungsfähig.

1.19 Ambulante Rehabilitationen, Kur- und Sanatoriumsbehandlungen – Erstattungssatz 100 %

Für Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Aufwendungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen, die weder eine Anschlussheilbehandlung noch eine Entwöhnungsmaßnahme sind, sowie für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sind nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist.

Zusätzlich zu den Aufwendungen für die Therapie sind bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen auch durch die Rehabilitationseinrichtung erbrachte Beratungs- und Schulungsleistungen erstattungsfähig, soweit diese der Erreichung der Ziele der medizinischen Rehabilitation dienen.

Für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen beträgt die maximale Versicherungsleistung 3.000 Euro innerhalb von 3 Versicherungsjahren. Die Versicherungsleistungen für ambulante und stationäre Maßnahmen werden dabei zusammengerechnet.

Erstattungsfähig bis zu einem Betrag von 200 Euro pro Versicherungsjahr sind darüber hinaus Aufwendungen für ärztlich verordneten Rehabilitationssport und Funktionstraining nach § 64 SGB IX.

1.20 Nichtärztliche Osteopathie – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für osteopathische Behandlungen bis zu 6 Sitzungen je Versicherungsjahr mit maximal 80 Euro pro Sitzung.

Voraussetzung ist, dass die Behandlung durch einen Heilpraktiker durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbands der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Osteopathieverband berechtigt.

§ 4 (6) MB/KK 2009 findet hierbei keine Anwendung.

1.21 Heilpraktiker – Erstattungssatz 80 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes (HeilprG) im Rahmen des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH), einschließlich der verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel.

§ 4 (6) MB/KK 2009 findet hierbei keine Anwendung.

Nicht erstattungsfähig sind

- Behandlungen und Verordnungen durch Heilpraktiker, die ausschließlich eine Zulassung für einen Teilbereich der GebüH (z. B. für Physiotherapie) haben sowie
- Psychotherapie durch Heilpraktiker.

Die Versicherungsleistungen nach dieser Ziffer sind pro Versicherungsjahr auf einen Betrag von 500 Euro begrenzt.

1.22 Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft (Kinderwunschbehandlung) – Erstattungssatz 60 %

Für Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Erstattungsfähig sind

- 8 Inseminationen und
- 3 In-vitro-Fertilisationen (IVF) auch in Verbindung mit Intracytoplasmatischen Spermieninjektionen (ICSI).

Nach erfolgreicher Geburt werden die bereits durchgeführten Versuche nicht weiter angerechnet. Sofern eine klinische Schwangerschaft eingetreten ist, es jedoch zu einem Spontanabort oder einer Tubargravidität kommt, wird der hierzu durchgeführte Versuch nicht angerechnet.

Ein Leistungsanspruch besteht nur, wenn

- die an der Behandlung beteiligten Partner zum Zeitpunkt der Behandlung beide das 25. Lebensjahr bereits vollendet haben,
- die an der Behandlung beteiligte Frau das 40. Lebensjahr und der an der Behandlung beteiligte Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- die an der Behandlung beteiligten Partner zum Zeitpunkt der Behandlung nicht bereits zwei oder mehr gemeinsame lebende Kinder haben,
- ausschließlich Ei- und Samenzellen der jeweiligen Ehe- bzw. Lebenspartner verwendet werden sowie
- hinreichende Erfolgsaussichten für die gewählte Behandlungsmethode bestehen.

Wenn für die versicherte Person oder deren Partner bei einem anderen Leistungsträger (beispielsweise gesetzliche oder private Krankenversicherung, Staat) Anspruch auf Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren besteht, geht dieser Anspruch der Leistungspflicht des Versicherers vor. Der Versicherer ist in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

Die Versicherungsleistungen nach dieser Ziffer sind in den ersten 3 Versicherungsjahren auf einen Betrag von 1.800 Euro begrenzt.

1.23 Selbstbehalt

Von den nach den Ziffern 1.1 bis 1.22 (mit den unter Ziffern 1.7 und 1.8 genannten Ausnahmen), zu erstattenden Aufwendungen wird in Abhängigkeit der gewählten Tarfstufe ein Selbstbehalt abgezogen. Er beträgt pro erwachsener Person und Versicherungsjahr insgesamt

- 0 Euro für Tarfstufe A2H_0,
- 480 Euro für Tarfstufe A2H_480,
- 960 Euro für Tarfstufe A2H_960,
- 1.440 Euro für Tarfstufe A2H_1440.

Für Kinder und Jugendliche gilt in jeder Tarfstufe die Hälfte des Selbsthalts der Erwachsenen.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestand, der Selbstbehalt um jeweils 1/12 gemindert. Dies gilt entsprechend bei Tarifwechsel mit erstmaliger Vereinbarung oder Erhöhung eines Selbsthalts während eines Versicherungsjahrs.

Bei einer Reduzierung gilt für die Zeit vor und nach der Änderung der jeweils vereinbarte Selbstbehalt ungekürzt. Ein für das Versicherungsjahr bereits getragener Selbstbehalt wird auf den neuen Selbstbehalt angerechnet.

Endet die Versicherung während eines Versicherungsjahrs, so ändert sich die Höhe des Selbsthalts nicht.

Teil III Besonderer Teil: Modul Stationär Premium (S1)

Gültig ab 1. Januar 2021

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft 2021 (TB/KK 2021) und Teil III Allgemeiner Teil Krankheitskostenvollversicherung

Versicherungsleistungen

1. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung (auch stationäre Psychotherapie)

1.1 Ärztlicher Gebührenrahmen

Ärztliche Leistungen sind nach der jeweiligen gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Der Erstattungsanspruch besteht auch über die Höchstsätze dieser Gebührenordnung hinaus, sofern eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

1.2 Allgemeine Krankenhausleistungen – Erstattungssatz 100 %

In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) abrechnen, werden die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet. Hierzu gehören auch vor- und nachstationäre Behandlungen.

In Krankenhäusern, die nicht nach dem KHEntgG bzw. der BPflV abrechnen (Privatkliniken), gelten als allgemeine Krankenhausleistungen Leistungen, die den allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß KHEntgG bzw. BPflV entsprechen. In solchen Krankenhäusern ist die Erstattung der allgemeinen Krankenhausleistungen auf 150 % eines vergleichbaren Krankenhauses, welches nach dem KHEntgG bzw. der BPflV abrechnet, begrenzt. Hierzu gehören auch vor- und nachstationäre Behandlungen.

1.3 Gesondert berechenbare Unterbringung – Erstattungssatz 100 %

Die gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer ist erstattungsfähig. Darüber hinaus sind auch Kosten für besondere Verpflegungsarten sowie die Benutzung von Telefon, Internet, Radio- und Fernsehgeräten, soweit Krankenhäuser hierfür gesonderte Zuschläge erheben, erstattungsfähig.

1.4 Privatärztliche Leistungen – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für wahlärztliche¹ oder belegärztliche² Behandlungen.

1.5 Hebammen und Entbindungspfleger – Erstattungssatz 100 %

Aufwendungen für Hebammen, Entbindungspfleger (auch Beleghebammen sowie Belegentbindungspfleger) sind erstattungsfähig, sofern sie der jeweils gültigen Gebührenordnung für Hebammen entsprechen.

1.6 Begleitperson – Erstattungssatz 100 %

Bei stationärer Heilbehandlung eines Kindes werden bei medizinischer Notwendigkeit auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines als Begleitperson mit aufgenommenen Erwachsenen erstattet. Hat die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt die Aufnahme einer Begleitperson stets als medizinisch notwendig.

2. Gemischte Anstalten

Für medizinisch notwendige akut stationäre Heilbehandlung in gemischten Anstalten ist abweichend von § 4 Abs. 5 Satz 1 MB/KK 2009 keine vorherige schriftliche Zusage durch den Versicherer erforderlich.

3. Ersatzkrankenhaustagegeld

a) Verzichtet die versicherte Person auf die gesondert berechenbare Unterbringung oder die wahlärztliche bzw. belegärztliche Leistung, zahlt der Versicherer bei vollstationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe:

- bei Verzicht auf gesondert berechenbare Unterbringung: 50 Euro
- bei Verzicht auf gesondert berechenbare Unterbringung im Einbettzimmer, wenn stattdessen die gesondert berechnete Unterbringung im Zweibettzimmer erfolgt: 20 Euro
- bei Verzicht auf gesondert berechenbare wahlärztliche und belegärztliche Leistung über die gesamte Dauer der stationären Behandlung: 50 Euro

b) Bei Behandlungen auf der Intensiv- oder Säuglingsstation wird kein Ersatzkrankenhaustagegeld für Verzicht auf gesondert berechenbare Unterbringung gezahlt.

c) Bei Rehabilitationsmaßnahmen, Anschlussheilbehandlungen, Entwöhnungsmaßnahmen und Kuren besteht kein Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld.

4. Stationäre Anschlussheilbehandlung – Erstattungssatz 100 %

Bei stationären Anschlussheilbehandlungen sind Leistungen nach den Ziffern 1.1 bis 1.4 nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist und die Maßnahme in einem engen zeitlichen Zusammenhang an einen akut stationären Krankenhausaufenthalt anschließt. Der enge zeitliche Zusammenhang ist gegeben, sofern die Maßnahme zur Rehabilitation spätestens 4 Wochen nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts beginnt. Sofern aus medizinischen Gründen die Einhaltung dieser Frist nicht sinnvoll ist (z. B. nach stationärer Strahlentherapie), gilt auch eine später beginnende Maßnahme zur Rehabilitation als Anschlussheilbehandlung.

Gemäß Ziffer 3.c) besteht bei einer Anschlussheilbehandlung kein Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld.

¹ gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte

² Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.

5. Stationäre Entwöhnungsmaßnahmen – Erstattungssatz 100 %

Abweichend zu Teil I § 5 (1) b) der MB/KK sind nach vorheriger Zusage in Textform Aufwendungen für maximal drei Entwöhnungsmaßnahmen innerhalb von 10 Versicherungsjahren erstattungsfähig (ambulante und stationäre Maßnahmen werden dabei zusammengerechnet). Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist.

Erstattungsfähig sind Leistungen gemäß Ziffer 1.2. Nicht erstattungsfähig sind die gesondert berechenbare Unterbringung gemäß Ziffer 1.3 und die privatärztliche Leistung gemäß Ziffer 1.4.

Qualifizierter Entzug (Entgiftung und Vorbereitung zur Entwöhnung) ist ohne vorherige Zusage erstattungsfähig und fällt nicht unter die Begrenzung dieser Ziffer.

6. Stationäre Rehabilitationen, Kur- und Sanatoriumsbehandlungen – Erstattungssatz 100 %

Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- und Sanatoriumsbehandlungen, die nicht unter die Ziffern 4 und 5 fallen, sind Leistungen nach den Ziffern 1.1 bis 1.4 nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist

Für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen beträgt die maximale Versicherungsleistung 3.000 Euro innerhalb von 3 Versicherungsjahren. Die Versicherungsleistungen für ambulante und stationäre Maßnahmen werden dabei zusammengerechnet.

7. Hospizversorgung – Erstattungssatz 100 %

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz, welches einen Vertrag mit einer gesetzlichen Krankenversicherung geschlossen hat. Ein Hospiz ist eine Einrichtung, in der palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf.

Gebühren sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung verlangt werden können.

8. Krankenfahrten und Krankentransporte – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Krankenfahrten und Krankentransporte zu und von Krankenhäusern

- bei Notfällen,
- bei Erstversorgung nach einem Unfall sowie
- bei ärztlich bescheinigter Geh-, Seh- oder Fahrunfähigkeit,

sofern das Krankenhaus sich im Umkreis von 100 km, gerechnet vom Wohnort bzw. vom Ort des Ereignisses (beispielsweise Not- oder Unfall) befindet. Ist innerhalb dieses Umkreises kein Krankenhaus verfügbar, sind die Aufwendungen für Krankenfahrten und Krankentransporte zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig.

Wird ein Privat-PKW zur Krankenfahrt verwendet, so wird pro Kilometer ein Betrag von 0,30 Euro erstattet.

Die Aufwendungen für Krankenfahrten sind beschränkt auf 500 Euro pro Versicherungsjahr. Diese Beschränkung gilt nicht für Krankenfahrten zu und von Dialysebehandlungen sowie Strahlen- und Chemotherapie.

Darüber hinaus ist die medizinisch nicht notwendige Verlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands erstattungsfähig (Wunschverlegung). Das gilt jedoch nur, wenn die vollstationäre Heilbehandlung nach der Verlegung voraussichtlich noch mindestens 7 Tage andauern wird und während des Transports keine intensivmedizinische Betreuung notwendig ist.

9. Stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind die Kosten für stationäre Kurzzeitpflege (Behandlungs- und Grundpflege)

- im Anschluss an eine stationäre Behandlung,
- bei akuter Verschlimmerung einer Erkrankung oder
- nach einer ambulanten Operation,

wenn eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist und keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 festgestellt ist.

Die Leistung ist auf längstens 8 Wochen und 1.612 Euro pro Versicherungsjahr (in Dauer und Höhe analog zu § 42 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB XI) begrenzt.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Unterbringung und Verpflegung.

Die Leistung nach dieser Ziffer endet mit Beginn der Leistungspflicht der gesetzlichen Pflegeversicherung für Kurzzeitpflege.

10. Überführungskosten – Erstattungssatz 100 %

Bei Tod einer versicherten Person im Ausland sind Überführungskosten erstattungsfähig sofern der Versicherer mit der Organisation der Überführung beauftragt wurde. Erfolgt die Überführung ohne Absprache mit dem Versicherer, so ist der Versicherer berechtigt die erstattungsfähigen Aufwendungen auf den Betrag zu begrenzen, zu dem er die Überführung hätte organisieren können.

Im Falle einer Bestattung einer versicherten Person am Sterbeort im Ausland werden die entstehenden Kosten bis zur Höhe der Aufwendungen erstattet, die bei einer Überführung angefallen wären.

Die Versicherungsleistung nach dieser Ziffer ist auf einen Betrag von 10.000 Euro begrenzt.

11. Bergungskosten – Erstattungssatz 100 %

Die Versicherungsleistung für Bergungskosten ist auf einen Betrag von 15.000 Euro pro Versicherungsfall begrenzt.

12. Rücktransportkosten bei Auslandsreisen – Erstattungssatz 100 %

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für einen medizinisch sinnvollen Rücktransport bei ärztlich bescheinigter Transportfähigkeit in ein geeignetes Krankenhaus in Deutschland, sofern der Versicherer mit der Organisation des Rücktransports beauftragt wurde. Erfolgt der Rücktransport ohne Absprache mit dem Versicherer, so ist der Versicherer berechtigt die erstattungsfähigen Aufwendungen auf den Betrag zu begrenzen, zu dem er den Rücktransport hätte organisieren können.

Wird eine versicherte Person, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, zurücktransportiert, sind auch die Reisekosten einer notwendigen Begleitperson versichert.

Bei einem Rücktransport oder Todesfall des versicherten Elternteils sind auch die entstehenden Kosten für die Rückreise mitreisender Kinder versichert. Voraussetzung hierfür ist, dass

- die Kinder das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- kein anderer Kostenträger leisten muss sowie
- keine volljährige mitreisende Person die Betreuung der Kinder übernehmen oder mit ihnen zurückreisen kann.

Teil III Besonderer Teil: Modul Stationär Komfort (S2)

Gültig ab 1. Januar 2021

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft 2021 (TB/KK 2021) und Teil III Allgemeiner Teil Krankheitskostenvollversicherung

Versicherungsleistungen

1. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung (auch stationäre Psychotherapie)

1.1 Ärztlicher Gebührenrahmen

Ärztliche Leistungen sind nach der jeweiligen gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Der Erstattungsanspruch besteht auch über die Höchstsätze dieser Gebührenordnung hinaus, sofern eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

1.2 Allgemeine Krankenhausleistungen – Erstattungssatz 100 %

In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) abrechnen, werden die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet. Hierzu gehören auch vor- und nachstationäre Behandlungen.

In Krankenhäusern, die nicht nach dem KHEntgG bzw. der BPflV abrechnen (Privatkliniken), gelten als allgemeine Krankenhausleistungen Leistungen, die den allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß KHEntgG bzw. BPflV entsprechen. In solchen Krankenhäusern ist die Erstattung der allgemeinen Krankenhausleistungen auf 150 % eines vergleichbaren Krankenhauses, welches nach dem KHEntgG bzw. der BPflV abrechnet, begrenzt. Hierzu gehören auch vor- und nachstationäre Behandlungen.

1.3 Gesondert berechenbare Unterbringung – Erstattungssatz 100 %

Die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer ist erstattungsfähig. Wählt die versicherte Person eine gesondert berechenbare Unterbringung im Einbettzimmer, ist der Zuschlag für das Einbettzimmer zu 60 % erstattungsfähig. Darüber hinaus sind auch Kosten für besondere Verpflegungsarten sowie die Benutzung von Telefon, Internet, Radio- und Fernsehgeräten, soweit Krankenhäuser hierfür gesonderte Zuschläge erheben, erstattungsfähig.

1.4 Privatärztliche Leistungen – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für wahlärztliche¹ oder belegärztliche² Behandlungen.

1.5 Hebammen und Entbindungspfleger – Erstattungssatz 100 %

Aufwendungen für Hebammen, Entbindungspfleger (auch Beleghebammen sowie Belegentbindungspfleger) sind erstattungsfähig, sofern sie der jeweils gültigen Gebührenordnung für Hebammen entsprechen.

1.6 Begleitperson – Erstattungssatz 100 %

Bei stationärer Heilbehandlung eines Kindes werden bei medizinischer Notwendigkeit auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines als Begleitperson mit aufgenommenen Erwachsenen erstattet. Hat die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt die Aufnahme einer Begleitperson stets als medizinisch notwendig.

2. Gemischte Anstalten

Für medizinisch notwendige akut stationäre Heilbehandlung in gemischten Anstalten ist abweichend von § 4 Abs. 5 Satz 1 MB/KK 2009 keine vorherige schriftliche Zusage durch den Versicherer erforderlich.

3. Ersatzkrankenhaustagegeld

a) Verzichtet die versicherte Person auf die gesondert berechenbare Unterbringung oder die wahlärztliche bzw. belegärztliche Leistung, zahlt der Versicherer bei vollstationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe:

- bei Verzicht auf gesondert berechenbare Unterbringung: 30 Euro
- bei Verzicht auf gesondert berechenbare wahlärztliche und belegärztliche Leistung über die gesamte Dauer einer stationären Unterbringung: 50 Euro

b) Bei Behandlungen auf der Intensiv- oder Säuglingsstation wird kein Ersatzkrankenhaustagegeld für Verzicht auf gesondert berechenbare Unterbringung gezahlt.

c) Bei Rehabilitationsmaßnahmen, Anschlussheilbehandlungen, Entwöhnungsmaßnahmen und Kuren besteht kein Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld.

4. Stationäre Anschlussheilbehandlung – Erstattungssatz 100 %

Bei stationären Anschlussheilbehandlungen sind Leistungen nach den Ziffern 1.1 bis 1.4 nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist und die Maßnahme in einem engen zeitlichen Zusammenhang an einen akut stationären Krankenhausaufenthalt anschließt. Der enge zeitliche Zusammenhang ist gegeben, sofern die Maßnahme zur Rehabilitation spätestens 4 Wochen nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts beginnt. Sofern aus medizinischen Gründen die Einhaltung dieser Frist nicht sinnvoll ist (z. B. nach stationärer Strahlentherapie), gilt auch eine später beginnende Maßnahme zur Rehabilitation als Anschlussheilbehandlung.

Gemäß Ziffer 3.c) besteht bei einer Anschlussheilbehandlung kein Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld.

¹ gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte

² Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.

5. Stationäre Entwöhnungsmaßnahmen – Erstattungssatz 100 %

Abweichend zu Teil I § 5 (1) b) der MB/KK sind nach vorheriger Zusage in Textform Aufwendungen für maximal drei Entwöhnungsmaßnahmen innerhalb von 10 Versicherungsjahren erstattungsfähig (ambulante und stationäre Maßnahmen werden dabei zusammengerechnet). Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist.

Erstattungsfähig sind Leistungen gemäß Ziffer 1.2. Nicht erstattungsfähig sind die gesondert berechenbare Unterbringung gemäß Ziffer 1.3 und die privatärztliche Leistung gemäß Ziffer 1.4.

Qualifizierter Entzug (Entgiftung und Vorbereitung zur Entwöhnung) ist ohne vorherige Zusage erstattungsfähig und fällt nicht unter die Begrenzung dieser Ziffer.

6. Stationäre Rehabilitationen, Kur- und Sanatoriumsbehandlungen – Erstattungssatz 100 %

Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- und Sanatoriumsbehandlungen, die nicht unter die Ziffern 4 und 5 fallen, sind Leistungen nach den Ziffern 1.1 bis 1.4 nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist.

Für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen beträgt die maximale Versicherungsleistung 3.000 Euro innerhalb von 3 Versicherungsjahren. Die Versicherungsleistungen für ambulante und stationäre Maßnahmen werden dabei zusammengerechnet.

7. Hospizversorgung – Erstattungssatz 100 %

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz, welches einen Vertrag mit einer gesetzlichen Krankenversicherung geschlossen hat. Ein Hospiz ist eine Einrichtung, in der palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf.

Gebühren sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung verlangt werden können.

8. Krankenfahrten und Krankentransporte – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Krankenfahrten und Krankentransporte zu und von Krankenhäusern

- bei Notfällen,
- bei Erstversorgung nach einem Unfall sowie
- bei ärztlich bescheinigter Geh-, Seh- oder Fahrunfähigkeit,

sofern das Krankenhaus sich im Umkreis von 100 km, gerechnet vom Wohnort bzw. vom Ort des Ereignisses (beispielsweise Not- oder Unfall) befindet. Ist innerhalb dieses Umkreises kein Krankenhaus verfügbar, sind die Aufwendungen für Krankenfahrten und Krankentransporte zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig.

Wird ein Privat-PKW zur Krankenfahrt verwendet, so wird pro Kilometer ein Betrag von 0,30 Euro erstattet.

Die Aufwendungen für Krankenfahrten sind beschränkt auf 400 Euro pro Versicherungsjahr. Diese Beschränkung gilt nicht für Krankenfahrten zu und von Dialysebehandlungen sowie Strahlen- und Chemotherapie.

Darüber hinaus ist die medizinisch nicht notwendige Verlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands erstattungsfähig (Wunschverlegung). Das gilt jedoch nur, wenn die vollstationäre Heilbehandlung nach der Verlegung voraussichtlich noch mindestens 7 Tage andauern wird und während des Transports keine intensivmedizinische Betreuung notwendig ist.

9. Stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind die Kosten für stationäre Kurzzeitpflege (Behandlungs- und Grundpflege)

- im Anschluss an eine stationäre Behandlung,
- bei akuter Verschlimmerung einer Erkrankung oder
- nach einer ambulanten Operation,

wenn eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist und keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 festgestellt ist.

Die Leistung ist auf längstens 8 Wochen und 1.612 Euro pro Versicherungsjahr (in Dauer und Höhe analog zu § 42 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB XI) begrenzt.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Unterbringung und Verpflegung.

Die Leistung nach dieser Ziffer endet mit Beginn der Leistungspflicht der gesetzlichen Pflegeversicherung für Kurzzeitpflege.

10. Überführungskosten – Erstattungssatz 100 %

Bei Tod einer versicherten Person im Ausland sind Überführungskosten erstattungsfähig sofern der Versicherer mit der Organisation der Überführung beauftragt wurde. Erfolgt die Überführung ohne Absprache mit dem Versicherer, so ist der Versicherer berechtigt die erstattungsfähigen Aufwendungen auf den Betrag zu begrenzen, zu dem er die Überführung hätte organisieren können.

Im Falle einer Bestattung einer versicherten Person am Sterbeort im Ausland werden die entstehenden Kosten bis zur Höhe der Aufwendungen erstattet, die bei einer Überführung angefallen wären.

Die Versicherungsleistung nach dieser Ziffer ist auf einen Betrag von 10.000 Euro begrenzt.

11. Bergungskosten – Erstattungssatz 100 %

Die Versicherungsleistung für Bergungskosten ist auf einen Betrag von 15.000 Euro pro Versicherungsfall begrenzt.

12. Rücktransportkosten bei Auslandsreisen – Erstattungssatz 100 %

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für einen medizinisch sinnvollen Rücktransport bei ärztlich bescheinigter Transportfähigkeit in ein geeignetes Krankenhaus in Deutschland, sofern der Versicherer mit der Organisation des Rücktransports beauftragt wurde. Erfolgt der Rücktransport ohne Absprache mit dem Versicherer, so ist der Versicherer berechtigt die erstattungsfähigen Aufwendungen auf den Betrag zu begrenzen, zu dem er den Rücktransport hätte organisieren können.

Wird eine versicherte Person, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, zurücktransportiert, sind auch die Reisekosten einer notwendigen Begleitperson versichert.

Bei einem Rücktransport oder Todesfall des versicherten Elternteils sind auch die entstehenden Kosten für die Rückreise mitreisender Kinder versichert. Voraussetzung hierfür ist, dass

- die Kinder das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- kein anderer Kostenträger leisten muss sowie
- keine volljährige mitreisende Person die Betreuung der Kinder übernehmen oder mit ihnen zurückreisen kann.

Teil III Besonderer Teil: Modul Stationär Kompakt (S3)

Gültig ab 1. Januar 2021

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft 2021 (TB/KK 2021) und Teil III Allgemeiner Teil Krankheitskostenvollversicherung

Versicherungsleistungen

1. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung (auch stationäre Psychotherapie)

1.1 Ärztlicher Gebührenrahmen

Ärztliche Leistungen sind nach der jeweiligen gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Der Erstattungsanspruch besteht bis zum Höchstsatz dieser Gebührenordnung.

1.2 Allgemeine Krankenhausleistungen – Erstattungssatz 100 %

In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abrechnen, werden die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet. Hierzu gehören auch vor- und nachstationäre Behandlungen.

In Krankenhäusern, die nicht nach dem KHEntgG bzw. der BpflV abrechnen (Privatkliniken), gelten als allgemeine Krankenhausleistungen Leistungen, die den allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß KHEntgG bzw. BpflV entsprechen. In solchen Krankenhäusern ist die Erstattung der allgemeinen Krankenhausleistungen auf 150 % eines vergleichbaren Krankenhauses, welches nach dem KHEntgG bzw. der BpflV abrechnet, begrenzt. Hierzu gehören auch vor- und nachstationäre Behandlungen.

1.3 Gesondert berechenbare Unterbringung

Gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer ist nicht erstattungsfähig.

1.4 Belegärzte – Erstattungssatz 100 %, Wahlärzte

Erstattungsfähig sind Kosten für belegärztliche¹ Behandlungen. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für wahlärztliche Behandlungen.

1.5 Hebammen und Entbindungspfleger – Erstattungssatz 100 %

Aufwendungen für Hebammen, Entbindungspfleger (auch Beleghebammen sowie Belegentbindungspfleger) sind erstattungsfähig, sofern sie der jeweils gültigen Gebührenordnung für Hebammen entsprechen.

1.6 Begleitperson – Erstattungssatz 100 %

Bei stationärer Heilbehandlung eines Kindes werden bei medizinischer Notwendigkeit auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines als Begleitperson mit aufgenommenen Erwachsenen erstattet. Hat die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt die Aufnahme einer Begleitperson stets als medizinisch notwendig.

2. Gemischte Anstalten

Für medizinisch notwendige akut stationäre Heilbehandlung in gemischten Anstalten ist abweichend von § 4 Abs. 5 Satz 1 MB/KK 2009 keine vorherige schriftliche Zusage durch den Versicherer erforderlich.

3. Stationäre Anschlussheilbehandlung – Erstattungssatz 100 %

Bei stationären Anschlussheilbehandlungen sind Leistungen nach den Ziffern 1.1, 1.2 und 1.4 nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist und die Maßnahme in einem engen zeitlichen Zusammenhang an einen akut stationären Krankenhausaufenthalt anschließt. Der enge zeitliche Zusammenhang ist gegeben, sofern die Maßnahme zur Rehabilitation spätestens 4 Wochen nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts beginnt. Sofern aus medizinischen Gründen die Einhaltung dieser Frist nicht sinnvoll ist (z. B. nach stationärer Strahlentherapie), gilt auch eine später beginnende Maßnahme zur Rehabilitation als Anschlussheilbehandlung.

4. Stationäre Entwöhnungsmaßnahmen – Erstattungssatz 100 %

Abweichend zu Teil I § 5 (1) b) der MB/KK sind nach vorheriger Zusage in Textform Aufwendungen für maximal drei Entwöhnungsmaßnahmen innerhalb von 10 Versicherungsjahren erstattungsfähig (ambulante und stationäre Maßnahmen werden dabei zusammengerechnet). Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist.

Erstattungsfähig sind Leistungen gemäß Ziffer 1.2. Nicht erstattungsfähig sind belegärztliche Leistungen nach Ziffer 1.4.

Qualifizierter Entzug (Entgiftung und Vorbereitung zur Entwöhnung) ist ohne vorherige Zusage erstattungsfähig und fällt nicht unter die Begrenzung dieser Ziffer.

5. Stationäre Rehabilitationen, Kur- und Sanatoriumsbehandlungen – Erstattungssatz 100 %

Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- und Sanatoriumsbehandlungen, die nicht unter die Ziffern 3 und 4 fallen, sind Leistungen nach den Ziffern 1.1, 1.2 und 1.4 nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist.

Für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen beträgt die maximale Versicherungsleistung 3.000 Euro innerhalb von 3 Versicherungsjahren. Die Versicherungsleistungen für ambulante und stationäre Maßnahmen werden dabei zusammengerechnet.

¹ Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.

6. Hospizversorgung – Erstattungssatz 100 %

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz, welches einen Vertrag mit einer gesetzlichen Krankenversicherung geschlossen hat. Ein Hospiz ist eine Einrichtung, in der palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf.

Gebühren sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung verlangt werden können.

7. Krankenfahrten und Krankentransporte – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Krankenfahrten und Krankentransporte zu und von Krankenhäusern

- bei Notfällen,
- bei Erstversorgung nach einem Unfall sowie
- bei ärztlich bescheinigter Geh-, Seh- oder Fahrunfähigkeit,

sofern das Krankenhaus sich im Umkreis von 100 km, gerechnet vom Wohnort bzw. Ort des Ereignisses (beispielsweise Not- oder Unfall) befindet. Ist innerhalb dieses Umkreises kein Krankenhaus verfügbar, sind die Aufwendungen für Krankenfahrten und Krankentransporte zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig.

Wird ein Privat-PKW zur Krankenfahrt verwendet, so wird pro Kilometer ein Betrag von 0,30 Euro erstattet.

Die Aufwendungen für Krankenfahrten sind beschränkt auf 300 Euro pro Versicherungsjahr. Diese Beschränkung gilt nicht für Krankenfahrten zu und von Dialysebehandlungen sowie Strahlen- und Chemotherapie.

8. Stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind die Kosten für stationäre Kurzzeitpflege (Behandlungs- und Grundpflege)

- im Anschluss an eine stationäre Behandlung,
- bei akuter Verschlimmerung einer Erkrankung oder
- nach einer ambulanten Operation,

wenn eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist und keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 festgestellt ist.

Die Leistung ist auf längstens 8 Wochen und 1.612 Euro pro Versicherungsjahr (in Dauer und Höhe analog zu § 42 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB X) begrenzt.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Unterbringung und Verpflegung.

Die Leistung nach dieser Ziffer endet mit Beginn der Leistungspflicht der gesetzlichen Pflegeversicherung für Kurzzeitpflege.

9. Überführungskosten – Erstattungssatz 100 %

Bei Tod einer versicherten Person im Ausland sind Überführungskosten erstattungsfähig sofern der Versicherer mit der Organisation der Überführung beauftragt wurde. Erfolgt die Überführung ohne Absprache mit dem Versicherer, so ist der Versicherer berechtigt die erstattungsfähigen Aufwendungen auf den Betrag zu begrenzen, zu dem er die Überführung hätte organisieren können.

Im Falle einer Bestattung einer versicherten Person am Sterbeort im Ausland werden die entstehenden Kosten bis zur Höhe der Aufwendungen erstattet, die bei einer Überführung angefallen wären.

Die Versicherungsleistung nach dieser Ziffer ist auf einen Betrag von 10.000 Euro begrenzt.

10. Bergungskosten – Erstattungssatz 100 %

Die Versicherungsleistung für Bergungskosten ist auf einen Betrag von 15.000 Euro pro Versicherungsfall begrenzt.

11. Rücktransportkosten bei Auslandsreisen – Erstattungssatz 100 %

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für einen medizinisch sinnvollen Rücktransport bei ärztlich bescheinigter Transportfähigkeit in ein geeignetes Krankenhaus in Deutschland, sofern der Versicherer mit der Organisation des Rücktransports beauftragt wurde. Erfolgt der Rücktransport ohne Absprache mit dem Versicherer, so ist der Versicherer berechtigt die erstattungsfähigen Aufwendungen auf den Betrag zu begrenzen, zu dem er den Rücktransport hätte organisieren können.

Wird eine versicherte Person, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, zurücktransportiert, sind auch die Reisekosten einer notwendigen Begleitperson versichert.

Bei einem Rücktransport oder Todesfall des versicherten Elternteils sind auch die entstehenden Kosten für die Rückreise mitreisender Kinder versichert. Voraussetzung hierfür ist, dass

- die Kinder das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- kein anderer Kostenträger leisten muss sowie
- keine volljährige mitreisende Person die Betreuung der Kinder übernehmen oder mit ihnen zurückreisen kann.

Teil III Besonderer Teil: Modul Zahn Premium (Z1)

Gültig ab 1. Januar 2021

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft 2021 (TB/KK 2021) und Teil III Allgemeiner Teil Krankheitskostenvollversicherung

1. Versicherungsleistungen

1.1 Zahnärztlicher Gebührenrahmen

Zahnärztliche Leistungen sind nach der jeweiligen gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Der Erstattungsanspruch besteht auch über die jeweiligen Höchstsätze dieser Gebührenordnungen hinaus, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt und der 5fache Satz der jeweiligen Gebührenordnung nicht überschritten wird.

1.2 Zahnärztliche Leistungen

Die versicherte Person kann unter den niedergelassenen approbierten Zahnärzten frei wählen. Versichert ist auch die ambulante Behandlung durch approbierte Zahnärzte in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) gemäß § 95 SGB V oder einem Krankenhaus (beispielsweise eine Krankenhausambulanz). Versichert sind weiterhin die zahntechnischen Leistungen eines Zahnlabors und die Leistungen eines Zentrums für Radiologie, sofern diese Leistungen durch einen Zahnarzt in Auftrag gegeben werden.

1.3 Aufwendungen für Zahnbehandlung – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnbehandlung.

Als Zahnbehandlung gelten insbesondere

- allgemeine zahnärztliche Leistungen in Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung,
- prophylaktische Leistungen,
- konservierende Leistungen außer Inlays (beispielsweise plastische Zahnfüllungen oder Wurzelbehandlungen),
- chirurgische Leistungen,
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen,
- das Anfertigen und Eingliedern von Aufbissbehelfen (beispielsweise Schienen), ausgenommen Schienen für Kieferorthopädie,
- in Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung durchgeführte bildgebende Verfahren (beispielsweise Röntgen, CT, Sonografie und DVT),
- in Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung durchgeführte funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie
- die damit verbundenen angemessenen zahntechnischen Material- und Laborkosten.

Maßnahmen zur Zahnprophylaxe werden für die Gewährung einer Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit nach § 8 Teil II MB/KK 2009 bis zu einem Erstattungsbetrag von 500 Euro pro Versicherungsjahr nicht berücksichtigt. Als Maßnahmen zur Zahnprophylaxe in diesem Sinne gelten

- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen,
- Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Fissurenversiegelung,
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- Kariesrisikodiagnostik,
- Kontrolle des Übungserfolgs,
- professionelle Zahnreinigung,
- Prothesenreinigung,
- Speichelttest zur Keimbestimmung,
- Medikamententrägerschiene zur Kariesprophylaxe sowie
- Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen.

Erstattungsfähig sind bei medizinischer Notwendigkeit auch Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung.

Hierzu zählen beispielsweise Aufwendungen für

- Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf),
- Vollnarkose,
- Lachgas-Sedierung,
- Akupunktur sowie
- Hypnose.

1.4 Zahnersatzmaßnahmen – Erstattungssatz 90%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz.

Als Zahnersatz gelten insbesondere

- allgemeine zahnärztliche Leistungen in Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen,
- Kronen, Teilkronen, Teleskopkronen, Stiftzähne,
- Einlagefüllungen (Inlays) aus Edelmetall oder Keramik,
- Onlays (auch bei Versorgung eines Einzelzahns oder Repositionierungsonlays),
- Brücken,
- Veneers,
- herausnehmbarer Zahnersatz,
- implantatgetragener Zahnersatz,
- Implantatversorgungen und die damit in Zusammenhang stehenden weichgewebs- und knochenbauenden Maßnahmen und das Freilegen des Implantats,
- Aufbaufüllungen,
- Eingliederung von Provisorien,

- vorbereitende diagnostische, therapeutische, funktionstherapeutische und funktionsanalytische Leistungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit den Zahnersatzmaßnahmen stehen sowie
- notwendige Reparaturen des Zahnersatzes zur Wiederherstellung von dessen Funktionsfähigkeit.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz gehören

- Diagnostik, (Beratung, Vor- und Nachuntersuchungen, implantatbezogene Analyse, bildgebende Verfahren (beispielsweise Röntgen, CT, Sonografie und DVT)),
- zahnärztliches Honorar sowie
- die damit verbundenen angemessenen zahntechnischen Material- und Laborkosten.

Die Aufwendungen für Keramikverblendungen sind je Quadrant bis einschließlich Zahn acht (letzter Zahn) erstattungsfähig und gelten als Teil des Zahnersatzes.

Erstattungsfähig sind bei medizinischer Notwendigkeit auch Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung.

Lässt die versicherte Person die Laborarbeiten, die in direktem Zusammenhang mit nach dieser Ziffer zu ersetzenden Aufwendung stehen, von mit uns kooperierenden Dentallaboren durchführen, erhöht sich der Erstattungsprozentsatz für diese Zahnersatzmaßnahme auf 95 %. **Auskünfte zu mit uns kooperierenden Dentallaboren erteilt Ihnen unser Leistungsservice telefonisch oder per E-Mail.**

1.5 Kieferorthopädische Behandlungen – Erstattungssatz 90%/70 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Kieferorthopädie.

Als kieferorthopädische Behandlungen gelten

- kieferorthopädische Behandlungen mit vorbereitenden Maßnahmen,
- damit verbundene bildgebende Verfahren (beispielsweise Röntgen, CT, Sonografie und DVT),
- in Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung durchgeführte funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- die damit verbundenen angemessenen zahntechnischen Material- und Laborkosten sowie
- die Versiegelung der Zähne.

Es ist die Vorlage eines Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung notwendig. Liegt kein Heil- und Kostenplan vor, beträgt der Erstattungssatz 70 %.

Die Aufwendungen sind nur bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs erstattungsfähig. Wurde vor Vollendung des 18. Lebensjahrs eine kieferorthopädische Behandlung begonnen, aber (noch) nicht beendet, sind die Aufwendungen bis zum Abschluss der Behandlung im tariflichen Umfang erstattungsfähig.

Nach Vollendung des 18. Lebensjahrs sind kieferorthopädische Behandlungen erstattungsfähig, sofern diese wegen einer schweren Kieferanomalie erforderlich sind und im Rahmen einer kombinierten kieferchirurgisch-kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden oder Folgen eines im versicherten Zeitraum erlittenen Unfalls sind.

Erstattungsfähig sind bei medizinischer Notwendigkeit auch Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung.

2. Krankenfahrten – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Krankenfahrten zu und von der zahnärztlichen Behandlung im Sinne von Ziffer 1.2 bei

- Notfällen bei unaufschiebbarer zahnärztlicher Behandlungsbedürftigkeit,
- Erstversorgung nach einem Unfall sowie
- ärztlich bescheinigter Geh-, Seh- oder Fahruntfähigkeit,

sofern der Zahnarzt sich im Umkreis von 50 km, gerechnet vom Wohnort bzw. Ort des Ereignisses (beispielsweise Not- oder Unfall), befindet. Ist innerhalb dieses Umkreises kein Zahnarzt verfügbar, sind die Aufwendungen für Krankenfahrten zum nächstgelegenen geeigneten Zahnarzt erstattungsfähig.

Wird ein Privat-PKW zur Krankenfahrt verwendet, so wird pro Kilometer ein Betrag von 0,30 Euro erstattet.

Die Aufwendungen für Krankenfahrten sind beschränkt auf 300 Euro im Versicherungsjahr.

3. Leistungsbegrenzungen (Zahnstaffel)

Die Versicherungsleistungen nach Ziffer 1.4 und 1.5 sind in den ersten vier Versicherungsjahren auf

- 1.000 Euro im ersten Versicherungsjahr,
- 2.000 Euro in den ersten zwei Versicherungsjahren,
- 3.000 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren und
- 4.000 Euro in den ersten vier Versicherungsjahren

begrenzt.

Diese Leistungsbegrenzung gilt nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. Schädigungen der Zähne (z. B. Zahnfrakturen), die durch Nahrungsaufnahme verursacht werden, gelten nicht als Unfall.

Vorversicherungszeiten in Krankheitskostenvollversicherungstarifen anderer privater Krankenversicherer, die Leistungen für Zahnersatz beinhalten, werden auf die Zahnstaffel angerechnet.

4. Heil- und Kostenpläne

Wir empfehlen Ihnen, uns auch bei umfangreichen Zahnersatzmaßnahmen vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Wir prüfen Ihren Heil- und Kostenplan unverzüglich und teilen Ihnen den zu erwartenden Erstattungsbetrag mit.

Teil III Besonderer Teil: Modul Zahn Komfort (Z2)

Gültig ab 1. Januar 2021

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft 2021 (TB/KK 2021) und Teil III Allgemeiner Teil Krankheitskostenvollversicherung

1. Versicherungsleistungen

1.1 Zahnärztlicher Gebührenrahmen

Zahnärztliche Leistungen sind nach der jeweiligen gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Der Erstattungsanspruch besteht bis zu den jeweiligen Höchstsätzen dieser Gebührenordnungen.

1.2 Zahnärztliche Leistungen

Die versicherte Person kann unter den niedergelassenen approbierten Zahnärzten frei wählen. Versichert ist auch die ambulante Behandlung durch approbierte Zahnärzte in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) gemäß § 95 SGB V oder einem Krankenhaus (beispielsweise eine Krankenhausambulanz). Versichert sind weiterhin die zahntechnischen Leistungen eines Zahnlabors und die Leistungen eines Zentrums für Radiologie, sofern die Leistungen durch einen Zahnarzt in Auftrag gegeben werden.

1.3 Aufwendungen für Zahnbehandlung – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnbehandlung.

Als Zahnbehandlung gelten insbesondere

- allgemeine zahnärztliche Leistungen in Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung,
- prophylaktische Leistungen,
- konservierende Leistungen außer Inlays (beispielsweise plastische Zahnfüllungen oder Wurzelbehandlungen),
- chirurgische Leistungen,
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen,
- das Anfertigen und Eingliedern von Aufbissbehelfen (beispielsweise Schienen), ausgenommen Schienen für Kieferorthopädie,
- in Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung durchgeführte bildgebende Verfahren (beispielsweise Röntgen, CT, Sonografie und DVT),
- in Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung durchgeführte funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie
- die damit verbundenen angemessenen zahntechnischen Material- und Laborkosten.

Maßnahmen zur Zahnprophylaxe werden für die Gewährung einer Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit nach § 8 Teil II MB/KK 2009 bis zu einem Erstattungsbetrag von 400 Euro pro Versicherungsjahr nicht berücksichtigt. Als Maßnahmen zur Zahnprophylaxe in diesem Sinne gelten

- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen,
- Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Fissurenversiegelung,
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- Kariesrisikodiagnostik,
- Kontrolle des Übungserfolgs,
- professionelle Zahnreinigung,
- Prothesenreinigung,
- Speichelttest zur Keimbestimmung,
- Medikamententrägerschiene zur Kariesprophylaxe sowie
- Unterweisung zur Vorbeugung von Karies und parodontalen Erkrankungen.

Erstattungsfähig sind bei medizinischer Notwendigkeit auch Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung.

Hierzu zählen beispielsweise Aufwendungen für

- Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf),
- Vollnarkose,
- Lachgas-Sedierung,
- Akupunktur sowie
- Hypnose.

1.4 Zahnersatzmaßnahmen – Erstattungssatz 75%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz.

Als Zahnersatz gelten insbesondere

- allgemeine zahnärztliche Leistungen in Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen,
- Kronen, Teilkronen, Teleskopkronen, Stiftzähne,
- Einlagefüllungen (Inlays) aus Edelmetall oder Keramik,
- Onlays (auch bei Versorgung eines Einzelzahns oder Repositionierungsonlays),
- Brücken,
- Veneers,
- herausnehmbarer Zahnersatz,
- implantatgetragener Zahnersatz,
- Implantatversorgungen und die damit in Zusammenhang stehenden weichgewebs- und knochenbauenden Maßnahmen und das Freilegen des Implantats,
- Aufbaufüllungen,
- Eingliederung von Provisorien,

- vorbereitende diagnostische, therapeutische, funktionstherapeutische und funktionsanalytische Leistungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit den Zahnersatzmaßnahmen stehen sowie
- notwendige Reparaturen des Zahnersatzes zur Wiederherstellung von dessen Funktionsfähigkeit.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz gehören

- Diagnostik, (Beratung, Vor- und Nachuntersuchungen, implantatbezogene Analyse, bildgebende Verfahren (beispielsweise Röntgen, CT, Sonografie und DVT)),
- zahnärztliches Honorar sowie
- die damit verbundenen angemessenen zahntechnischen Material- und Laborkosten.

Die Aufwendungen für Keramikverblendungen sind je Quadrant bis einschließlich Zahn acht (letzter Zahn) erstattungsfähig und gelten als Teil des Zahnersatzes.

Erstattungsfähig sind bei medizinischer Notwendigkeit auch Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung.

Lässt die versicherte Person die Laborarbeiten, die in direktem Zusammenhang mit nach dieser Ziffer zu ersetzenden Aufwendungen stehen, von mit uns kooperierenden Dentallaboren durchführen, erhöht sich der Erstattungsprozentsatz für diese Zahnersatzmaßnahme auf 80 %. **Auskünfte zu mit uns kooperierenden Dentallaboren erteilt Ihnen unser Leistungsservice telefonisch oder per E-Mail.**

1.5 Kieferorthopädische Behandlungen – Erstattungssatz 75%/60 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Kieferorthopädie.

Als kieferorthopädische Behandlungen gelten

- kieferorthopädische Behandlungen mit vorbereitenden Maßnahmen,
- damit verbundene bildgebende Verfahren (beispielsweise Röntgen, CT, Sonografie und DVT),
- in Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung durchgeführte funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- die damit verbundenen angemessenen zahntechnischen Material- und Laborkosten sowie
- die Versiegelung der Zähne.

Es ist die Vorlage eines Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung notwendig. Liegt kein Heil- und Kostenplan vor, beträgt der Erstattungssatz 60 %.

Die Aufwendungen sind nur bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs erstattungsfähig. Wurde vor Vollendung des 18. Lebensjahrs eine kieferorthopädische Behandlung begonnen, aber (noch) nicht beendet, sind die Aufwendungen bis zum Abschluss der Behandlung im tariflichen Umfang erstattungsfähig.

Nach Vollendung des 18. Lebensjahrs sind kieferorthopädische Behandlungen erstattungsfähig, sofern diese wegen einer schweren Kieferanomalie erforderlich sind und im Rahmen einer kombinierten kieferchirurgisch-kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden oder Folgen eines im versicherten Zeitraum erlittenen Unfalls sind.

Erstattungsfähig sind bei medizinischer Notwendigkeit auch Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung.

2. Krankenfahrten – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Krankenfahrten zu und von der zahnärztlichen Behandlung im Sinne von Ziffer 1.2 bei

- Notfällen bei unaufschiebbarer zahnärztlicher Behandlungsbedürftigkeit,
- Erstversorgung nach einem Unfall sowie
- ärztlich bescheinigter Geh-, Seh- oder Fahrunfähigkeit,

sofern der Zahnarzt sich im Umkreis von 50 km, gerechnet vom Wohnort bzw. Ort des Ereignisses (beispielsweise Not- oder Unfall), befindet. Ist innerhalb dieses Umkreises kein Zahnarzt verfügbar, sind die Aufwendungen für Krankenfahrten zum nächstgelegenen geeigneten Zahnarzt erstattungsfähig.

Wird ein Privat-PKW zur Krankenfahrt verwendet, so wird pro Kilometer ein Betrag von 0,30 Euro erstattet.

Die Aufwendungen für Krankenfahrten sind beschränkt auf 200 Euro im Versicherungsjahr.

3. Leistungsbegrenzungen (Zahnstaffel)

Die Versicherungsleistungen nach Ziffer 1.4 und 1.5 sind in den ersten vier Versicherungsjahren auf

- 800 Euro im ersten Versicherungsjahr,
- 1.600 Euro in den ersten zwei Versicherungsjahren,
- 2.400 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren und
- 3.200 Euro in den ersten vier Versicherungsjahren

begrenzt.

Diese Leistungsbegrenzung gilt nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. Schädigungen der Zähne (z. B. Zahnfrakturen), die durch Nahrungsaufnahme verursacht werden, gelten nicht als Unfall.

Vorversicherungszeiten in Krankheitskostenvollversicherungstarifen anderer privater Krankenversicherer, die Leistungen für Zahnersatz beinhalten, werden auf die Zahnstaffel angerechnet.

4. Heil- und Kostenpläne

Wir empfehlen Ihnen, uns auch bei umfangreichen Zahnersatzmaßnahmen vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Wir prüfen Ihren Heil- und Kostenplan unverzüglich und teilen Ihnen den zu erwartenden Erstattungsbetrag mit.

Teil III Besonderer Teil: Modul Zahn Kompakt (Z3)

Gültig ab 1. Januar 2021

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft 2021 (TB/KK 2021) und Teil III Allgemeiner Teil Krankheitskostenvollversicherung

1. Versicherungsleistungen

1.1 Zahnärztlicher Gebührenrahmen

Zahnärztliche Leistungen sind nach der jeweiligen gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Der Erstattungsanspruch besteht bis zu den jeweiligen Höchstsätzen dieser Gebührenordnungen.

1.2 Zahnärztliche Leistungen

Die versicherte Person kann unter den niedergelassenen approbierten Zahnärzten frei wählen. Versichert ist auch die ambulante Behandlung durch approbierte Zahnärzte in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) gemäß § 95 SGB V oder einem Krankenhaus (beispielsweise eine Krankenhausambulanz). Versichert sind weiterhin die zahntechnischen Leistungen eines Zahnlabors und die Leistungen eines Zentrums für Radiologie, sofern die Leistungen durch einen Zahnarzt in Auftrag gegeben werden.

1.3 Aufwendungen für Zahnbehandlung – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnbehandlung.

Als Zahnbehandlung gelten insbesondere

- allgemeine zahnärztliche Leistungen in Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung,
- prophylaktische Leistungen,
- konservierende Leistungen außer Inlays (beispielsweise plastische Zahnfüllungen oder Wurzelbehandlungen),
- chirurgische Leistungen,
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen,
- das Anfertigen und Eingliedern von Aufbissbehelfen (beispielsweise Schienen), ausgenommen Schienen für Kieferorthopädie,
- in Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung durchgeführte bildgebende Verfahren (beispielsweise Röntgen, CT, Sonografie und DVT),
- in Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung durchgeführte funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie
- die damit verbundenen angemessenen zahntechnischen Material- und Laborkosten.

Maßnahmen zur Zahnprophylaxe werden für die Gewährung einer Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit nach § 8 Teil II MB/KK 2009 bis zu einem Erstattungsbetrag von 300 Euro pro Versicherungsjahr nicht berücksichtigt. Als Maßnahmen zur Zahnprophylaxe in diesem Sinne gelten

- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen,
- Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Fissurenversiegelung,
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- Kariesrisikodiagnostik,
- Kontrolle des Übungserfolgs,
- professionelle Zahnreinigung,
- Prothesenreinigung,
- Speichelttest zur Keimbestimmung,
- Medikamententrägerschiene zur Kariesprophylaxe sowie
- Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen.

Erstattungsfähig sind bei medizinischer Notwendigkeit auch Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung.

Hierzu zählen beispielsweise Aufwendungen für

- Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf),
- Vollnarkose,
- Lachgas-Sedierung,
- Akupunktur sowie
- Hypnose.

1.4 Zahnersatzmaßnahmen – Erstattungssatz 60%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz.

Als Zahnersatz gelten insbesondere

- allgemeine zahnärztliche Leistungen in Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen,
- Kronen, Teilkronen, Teleskopkronen, Stiftzähne,
- Einlagefüllungen (Inlays) aus Edelmetall oder Keramik,
- Onlays (auch bei Versorgung eines Einzelzahns oder Repositionierungsonlays),
- Brücken,
- Veneers,
- herausnehmbarer Zahnersatz,
- implantatgetragener Zahnersatz,
- Implantatversorgungen und die damit in Zusammenhang stehenden weichgewebs- und knochenbauenden Maßnahmen und das Freilegen des Implantats,
- Aufbaufüllungen,
- Eingliederung von Provisorien,

- vorbereitende diagnostische, therapeutische, funktionstherapeutische und funktionsanalytische Leistungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit den Zahnersatzmaßnahmen stehen sowie
- notwendige Reparaturen des Zahnersatzes zur Wiederherstellung von dessen Funktionsfähigkeit.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz gehören

- Diagnostik, (Beratung, Vor- und Nachuntersuchungen, implantatbezogene Analyse, bildgebende Verfahren (beispielsweise Röntgen, CT, Sonografie und DVT)),
- zahnärztliches Honorar sowie
- die damit verbundenen angemessenen zahntechnischen Material- und Laborkosten.

Die Aufwendungen für Keramikverblendungen sind je Quadrant bis einschließlich Zahn acht (letzter Zahn) erstattungsfähig und gelten als Teil des Zahnersatzes.

Erstattungsfähig sind bei medizinischer Notwendigkeit auch Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung.

Lässt die versicherte Person die Laborarbeiten, die in direktem Zusammenhang mit nach dieser Ziffer zu ersetzenden Aufwendung stehen, von mit uns kooperierenden Dentallaboren durchführen, erhöht sich der Erstattungsprozentsatz für diese Zahnersatzmaßnahme auf 65 %. **Auskünfte zu mit uns kooperierenden Dentallaboren erteilt Ihnen unser Leistungsservice telefonisch oder per E-Mail.**

1.5 Kieferorthopädische Behandlungen – Erstattungssatz 60%/50 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Kieferorthopädie.

Als kieferorthopädische Behandlungen gelten

- kieferorthopädische Behandlungen mit vorbereitenden Maßnahmen,
- damit verbundene bildgebende Verfahren (beispielsweise Röntgen, CT, Sonografie und DVT),
- in Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung durchgeführte funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- die damit verbundenen angemessenen zahntechnischen Material- und Laborkosten sowie
- die Versiegelung der Zähne.

Es ist die Vorlage eines Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung notwendig. Liegt kein Heil- und Kostenplan vor, beträgt der Erstattungssatz 50 %.

Die Aufwendungen sind nur bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs erstattungsfähig. Wurde vor Vollendung des 18. Lebensjahrs eine kieferorthopädische Behandlung begonnen, aber (noch) nicht beendet, sind die Aufwendungen bis zum Abschluss der Behandlung im tariflichen Umfang erstattungsfähig.

Nach Vollendung des 18. Lebensjahrs sind kieferorthopädische Behandlungen erstattungsfähig, sofern diese wegen einer schweren Kieferanomalie erforderlich sind und im Rahmen einer kombinierten kieferchirurgisch-kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden oder Folgen eines im versicherten Zeitraum erlittenen Unfalls sind.

Erstattungsfähig sind bei medizinischer Notwendigkeit auch Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung.

2. Krankenfahrten – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Krankenfahrten zu und von der zahnärztlichen Behandlung im Sinne von Ziffer 1.2 bei

- Notfällen bei unaufschiebbarer zahnärztlicher Behandlungsbedürftigkeit,
- Erstversorgung nach einem Unfall sowie
- ärztlich bescheinigter Geh-, Seh- oder Fahruntfähigkeit,

sofern der Zahnarzt sich im Umkreis von 50 km, gerechnet vom Wohnort bzw. Ort des Ereignisses (beispielsweise Not- oder Unfall), befindet. Ist innerhalb dieses Umkreises kein Zahnarzt verfügbar, sind die Aufwendungen für Krankenfahrten zum nächstgelegenen geeigneten Zahnarzt erstattungsfähig.

Wird ein Privat-PKW zur Krankenfahrt verwendet, so wird pro Kilometer ein Betrag von 0,30 Euro erstattet.

Die Aufwendungen für Krankenfahrten sind beschränkt auf 100 Euro im Versicherungsjahr.

3. Leistungsbegrenzungen (Zahnstaffel)

Die Versicherungsleistungen nach Ziffer 1.4 und 1.5 sind in den ersten vier Versicherungsjahren auf

- 600 Euro im ersten Versicherungsjahr,
- 1.200 Euro in den ersten zwei Versicherungsjahren,
- 1.800 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren und
- 2.400 Euro in den ersten vier Versicherungsjahren

begrenzt.

Diese Leistungsbegrenzung gilt nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. Schädigungen der Zähne (z. B. Zahnfrakturen), die durch Nahrungsaufnahme verursacht werden, gelten nicht als Unfall.

Vorversicherungszeiten in Krankheitskostenvollversicherungstarifen anderer privater Krankenversicherer, die Leistungen für Zahnersatz beinhalten, werden auf die Zahnstaffel angerechnet.

4. Heil- und Kostenpläne

Wir empfehlen Ihnen, uns auch bei umfangreichen Zahnersatzmaßnahmen vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Wir prüfen Ihren Heil- und Kostenplan unverzüglich und teilen Ihnen den zu erwartenden Erstattungsbetrag mit.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung: Gültig ab 1. April 2023

**MB/KK für die Krankheitskosten-
teil- und die Optionsversicherung**

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) §§ 1-20

Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer
- a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
 - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - 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 nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

zu § 1 Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Personen mit durch Vorerkrankungen erhöhtem Risiko können zu besonderen Bedingungen versichert werden.

zu § 1 (2) Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation

Als Versicherungsfall gilt auch ein medizinisch notwendiger als auch ein nicht rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch durch einen Arzt sowie eine medizinisch notwendige Sterilisation.

Die näheren Bestimmungen regeln die Tarifbedingungen.

zu § 1 (4) Versicherungsschutz im Ausland

Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt außerhalb Europas besteht während der ersten drei Monate auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Bei längerem Aufenthalt kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen gewährt oder eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen werden.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss

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

- (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.

zu § 2 (1) Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch.

§ 3 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

Sie entfällt

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

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

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

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

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

zu § 3 (1) Wartezeiten bei Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung

Wird eine Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen, entfallen hierfür sämtliche Wartezeiten.

zu § 3 (2) b) und (3) Verzicht auf besondere Wartezeiten

Der Verzicht auf die allgemeine Wartezeit für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) gilt sinngemäß auch für die besonderen Wartezeiten.

Die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

zu § 3 (4) Erlass der Wartezeiten bei Krankheitskostenteilversicherung

Sämtliche Wartezeiten können erlassen werden, wenn die Versicherung mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird. In diesem Fall bleibt der Antragsteller vier Wochen – gerechnet ab dem Tag des Eingangs des auf einem vom Versicherer vorgesehenen Formular erstellten ärztlichen Untersuchungsberichts beim Versicherer – an seinen Antrag gebunden.

Die Kosten der Untersuchung gehen zu Lasten des Antragstellers. Der ärztliche Untersuchungsbericht ist dem Versicherer innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung vorzulegen. Geschieht dies nicht, so gilt der Versicherungsschutz mit den bedingungsgemäßen Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

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

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

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

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherte 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 Versicherte leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherte kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

(7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherte erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherte geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherten. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherten vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

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

zu § 4 Anrechnung der Aufwendungen

Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt, die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen oder die Heilmittel erbracht werden.

zu § 4 (2) und (3) Heilpraktiker

Aufwendungen für Behandlungen durch einen Heilpraktiker sowie deren Verordnungen sind nur erstattungsfähig, sofern dies der Tarif vorsieht.

zu § 4 (4) Stationäre Heilbehandlung

Bei teil-, vor- und nachstationärer Heilbehandlung sowie bei einer stationären Heilbehandlung im Sanitätszentrum der Bundeswehr besteht kein Anspruch auf Krankenhaustagegeld bzw. Ersatzkrankenhaustagegeld.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherte aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
-
- für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- 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 Versicherte 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 Versicherte 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 Versicherte, 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.

zu § 5 Gebührenordnung

Keine Leistungspflicht besteht für die Teile der Behandlungsrechnung, die den Bestimmungen der gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten, falls der Tarif nichts anderes vorsieht.

zu § 5 (1) a) Kriegsereignisse

Die Leistungseinschränkung gilt nicht, wenn die Krankheit, der Unfall oder der Todesfall im Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eintritt, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb Deutschlands ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

zu § 5 (1) b) Entziehungsmaßnahmen

Der Versicherte zahlt für die ersten drei Entziehungsmaßnahmen bei Suchterkrankungen – mit Ausnahme der Nikotinsucht – in entsprechend qualifizierten Einrichtungen, für die kein anderweitiger Anspruch auf Kostenersatzung oder Sachleistung besteht, wenn und soweit der Versicherte dies vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Von anderen Kostenträgern vollständig übernommene Entziehungsmaßnahmen werden angerechnet. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen von dem Versicherten beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind unabhängig vom vereinbarten Tarif nur die allgemeinen Krankenhausleistungen zuschussfähig.

Die näheren Bestimmungen zu den Entziehungsmaßnahmen regeln die Tarifbedingungen.

Ein Krankenhaustagegeld wird nicht gezahlt.

zu § 5 (1) e) Ambulante Heilbehandlung im Heilbad oder Kurort

Der Versicherte leistet auch für Kosten einer ambulanten Heilbehandlung, die nicht Kurbehandlung ist, in einem Heilbad oder Kurort.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

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

(3) Der Versicherte 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 Versicherten eingehen, in Euro umgerechnet.

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

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

zu § 6 (1) Leistungsunterlagen

Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Rechnungszeitschriften mit Erstattungsvermerken eines anderen Versicherungsträgers werden Originalen gleichgestellt. Die Rechnungen müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Arztes mit Nummern des Gebührenverzeichnisses, hierfür in Rechnung gestellten Steigerungssätzen und jeweiligem Behandlungsdatum. Wird nur Krankenhaustagegeld beansprucht, genügt eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses mit dem Namen der behandelten Person über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes und die Bezeichnung der Krankheit.

zu § 6 (4) Währung und Wechselkurs

Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen 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, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.

zu § 6 (5) Inlandskonto

Kosten für die Überweisung werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benannt hat.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

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

(3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn 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. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beibehaltungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

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

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

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

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

zu § 8 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Der Versicherer bildet gemäß Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.

Diese Mittel werden ausschließlich zu Gunsten der Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch:

- Beitragsrückerstattung in Form einer Ausschüttung (Auszahlung oder Gutschrift),
- Leistungserhöhung,
- Beitragssenkung,

- Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen,
- in Ausnahmefällen zur Abwendung eines Notstandes.

Die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie die dafür bestimmten Beiträge und Tarife, die teilnahmeberechtigten Personen und ggf. weitere Einzelheiten legt der Vorstand des Versicherers jeweils mit Zustimmung des Treuhänders fest.

zu § 8 (1) Beitragsrate

- a) Die Festsetzung der Beiträge richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der zu versichernden Person; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt und dem Geburtsjahr.
- b) Für Kinder (Eintrittsalter 0 – 15) und Jugendliche (Eintrittsalter 16 – 20) sind vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet wird, die monatlichen Beitragsraten für das Eintrittsalter 16 bzw. 21 zu zahlen.

zu § 8 (2) Skonto

Sofern nichts anderes vereinbart ist, räumt der Versicherer bei Vorauszahlung einen Beitragsnachlass (Skonto) von 2 % bei halbjährlicher Zahlung und 4 % bei Jahreszahlung ein.

zu § 8 (4) Fälligkeit des Erstbeitrags

- a) Die erste Beitragsrate gilt bis zum Eingang der Lastschrift beim Geldinstitut als gestundet.
- b) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

zu § 8 (5) und (6) Mahnkosten

Mahnkosten sind die für jede Mahnung tatsächlich anfallenden Kosten für Porto und Material (wie z. B. Papier und Briefumschlag). Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten weiteren Kosten und Gebühren erhoben werden.

§ 8a Beitragsberechnung

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

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

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

(4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den 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.

zu § 8a (2) Beitragsberechnung

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vorhundertssatz, 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 Beitragsbegrenzung im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

(2) (entfallen)

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

zu § 8b (1) Beitragsanpassung

Ergibt die in Teil I Absatz 1 genannte Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Als Beobachtungseinheiten kommen grundsätzlich Erwachsene, Jugendliche und Kinder in Betracht. Abweichende Regelungen werden im Tarif festgelegt. Die Tarifbeschreibung ergibt sich aus dem Tarifteil der AVB (Teil III).

zu § 8b (1) Anpassung Ersatzkrankenhaustagegeld

Im Rahmen einer Beitragsanpassung können auch die im Tarif vorgesehene Ersatzkrankenhaustagegelder angepasst werden.

§ 9 Obliegenheiten

- (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.

zu § 9 (1) Anzeige einer Krankenhausbehandlung

Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet. Die Bestimmung des § 4 (5) bleibt hiervon unberührt.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) 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 Versiche-

rer 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 Altersrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

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

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

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

- (8) 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 Altersrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 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.

zu § 13 (1) Vertragsdauer

Der Vertrag wird für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Bei Umstufungen wird die Dauer der bestehenden Vorversicherung angerechnet. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf gekündigt hat.

zu § 13 (3) Ruhen der Rechte und Pflichten und Anwartschaftsversicherung

(Siehe Besondere Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung)

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten für alle oder einzelne mitversicherte Personen vereinbaren, wenn Arbeitslosigkeit oder vorübergehend Krankheitskostenversicherungspflicht besteht, eine versicherte Person vorübergehend kraft Gesetzes Anspruch auf Familienversicherung oder infolge vorübergehenden Wehr-, Zivil-, Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes Anspruch auf Heilfürsorge erlangt. Bei Ableistung des Zivildienstes kann eine solche Vereinbarung für die Dauer des Zivildienstes, bei Ableistung der Wehrpflicht für die Dauer des Grundwehrdienstes oder der Wehrübung getroffen werden.

In unmittelbarem Anschluss an die Ruhenszeit ist der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung nach Maßgabe der tariflichen und der gesetzlichen Bestimmungen möglich. Bei weiterbestehender Arbeitslosigkeit kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Arbeitslosigkeit hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen.

Nach Beendigung der Ruhenszeit werden auch für Versicherungsfälle, die während der Ruhenszeit eingetreten sind, die vertraglichen Leistungen erbracht, soweit die Behandlungen bzw. Verordnungen in die Zeit nach Wiederinkrafttreten der ursprünglichen Versicherung fallen.

zu § 13 (10) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Die Erklärungsfrist wird auf drei Monate nach Beendigung der Versicherung verlängert.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) sowie in der

substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.

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

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

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

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

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

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

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

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

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

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

§ 20 Wechsel in den Basistarif

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.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 06 02 22

10052 Berlin

Internet: www.pkv-ombudsmann.de

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

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht

Graurheindorfer Straße 108

53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bafin.de

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang

Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) [in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung]

§ 1 Form und Voraussetzungen

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

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

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

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

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

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

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

§ 19 Anzeigepflicht

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

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

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

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5 000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilferechtigte

ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinnngemäße Anwendung des durch den Beihilfegesetz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5 000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

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

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

§ 195 Versicherungsdauer

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

Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 146 Substitutive Krankenversicherung

(1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge und

§ 153 Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungsersatzung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommision beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte [in der bis 31.12.2008 geltenden Fassung]

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

2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
- 2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,

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

Teil III Tarif OPTU Optionsversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung: Gültig ab 1. Januar 2017

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft

1. Optionsversicherung nach Tarif OPTU zum Risikobeitrag

Für die Optionsversicherung nach Tarif OPTU wird der Beitrag nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Bei seiner Berechnung wird das mit dem Alterwerden einer versicherten Person steigende Wagnis nicht berücksichtigt und eine Alterungsrückstellung nicht gebildet. AVB Teil I § 8a Abs. 2 MB/KK 2009 gilt nicht.

2. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und die das Höchst Eintrittsalter von 45 Jahren nicht überschritten haben.

3. Versicherte Option

3.1. Inhalt des Optionsrechtes

Der Versicherungsnehmer kann für nach Tarif OPTU versicherte Personen nach Maßgabe dieser Bedingungen verlangen, dass der Versicherer Anträge auf Umstellung des Versicherungsverhältnisses in verkaufsoffene Tarife nach Ziff. 3.2., die der versicherten Person offen stehen, ohne erneute Gesundheitsprüfung und – außer bei der privaten Pflegepflichtversicherung – ohne Wartezeiten annimmt. Bei Abschluss der privaten Pflegepflichtversicherung wird die in der sozialen Pflegeversicherung zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet.

3.2. Umfang der versicherten Option

Das Optionsrecht umfasst eine Umstellung

- in Tarife der Krankheitskostenvollversicherung,
- in Tarife mit Leistungen für die Unterbringung im Einbettzimmer (Krankheitskostenzusatzversicherung),
- in Tarife der Krankentagegeldversicherung
 - für Selbstständige ab dem 29. Tag einer Arbeitsunfähigkeit und
 - für Arbeitnehmer ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit

bis zur Höhe des beruflichen Nettoeinkommens, höchstens jedoch bis zur Höhe der jeweils gültigen monatlichen Beitragsbemessungsgrenze der GKV.

- in den Tarif der privaten Pflegepflichtversicherung.

Die Krankentagegeldversicherung und die private Pflegepflichtversicherung können nur in Verbindung mit einem Tarif der Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen werden.

4. Ausübung des Optionsrechtes

4.1. Pflichtversicherte Mitglieder und Personen mit Anspruch auf Familienversicherung in der GKV

Der Versicherungsnehmer kann die Ausübung des Optionsrechts für eine versicherte Person innerhalb von drei Monaten gegenüber dem Versicherer in Textform erklären, nachdem für diese Person die Versicherungspflicht in der GKV endet oder der Anspruch auf Familienversicherung entfällt. Das Versicherungsverhältnis wird zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherungsfreiheit oder des Ausscheidens aus der Familienversicherung umgestellt.

4.2. Freiwillig versicherte Mitglieder in der GKV

- a) Für eine freiwillig in der GKV versicherte Person kann der Versicherungsnehmer das Optionsrecht jeweils zum 01. Januar nach Ablauf des 3. oder des 5. Versicherungsjahres (Umstellungszeitpunkte) ausüben. Die Ausübung dieses Rechtes ist dem Versicherer gegenüber spätestens einen Monat vor dem Umstellungszeitpunkt in Textform zu erklären.
- b) Wird eine freiwillig in der GKV versicherte Person vor Ablauf des 5. Versicherungsjahres wieder krankenversicherungspflichtig oder familienversichert, erfolgt die Ausübung des Optionsrechtes nach Maßgabe von Ziff. 4.1. In diesem Fall endet das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der bereits zurückgelegten Versicherungszeit spätestens mit Ablauf des 10. Versicherungsjahres (siehe unten Ziff. 5.1. a)).

4.3. Wird das Optionsrecht nicht oder nicht rechtzeitig ausgeübt, entfallen die durch die Optionsversicherung erworbenen Rechte.

4.4. Beitragsberechnung zum Zeitpunkt der Umstellung

Zum Zeitpunkt der Umstellung wird das dann erreichte Alter der versicherten Person bei der Berechnung der Beiträge für die Tarife, in die das Versicherungsverhältnis umgestellt werden soll, zugrunde gelegt. Soweit bei Abschluss der Optionsversicherung ein Risikozuschlag für eine oder mehrere vom Optionsrecht nach Ziff. 3.2. umfasste Tarifarten vereinbart wurde, wird dieser ab dem Zeitpunkt der Umstellung in den Tarifen, in die das Versicherungsverhältnis umgestellt werden soll, erhoben.

5. Beendigung des Versicherungsverhältnisses

5.1. Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person

- a) bei pflichtversicherten Mitgliedern und Personen mit Anspruch auf Familienversicherung in der GKV zu dem Zeitpunkt, in dem ihre Versicherungspflicht endet oder der Anspruch auf Familienversicherung entfällt, spätestens jedoch mit Ablauf des 10. Versicherungsjahres,
- b) bei freiwillig versicherten Mitgliedern in der GKV zum Zeitpunkt der Umstellung des Versicherungsverhältnisses durch Ausübung des Optionsrechtes oder mit Ablauf des 5. Versicherungsjahres, ferner mit Beendigung der freiwilligen Versicherung in der GKV. Ziff. 4.2. b) bleibt unberührt.

5.2. Im Übrigen gelten die Regelungen zum Ende der Versicherung nach Maßgabe der AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft.

5.3. Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 (2) MB/KK 2009 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

6. Umstellung bei Ablauf der Höchstversicherungsdauer

6.1. Endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person durch Ablauf der Höchstversicherungsdauer von 10 (siehe oben Ziff. 5.1. a)) bzw. 5 Jahren (siehe oben Ziff. 5.1. b)), kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer die Umstellung des Versicherungsverhältnisses in verkaufsoffene Tarife der Krankheitskostenzusatzversicherung, die der versicherten Person offen stehen, ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten verlangen. Dies gilt nicht für Krankenhaustagegeld- und Pflegetagegeldtarife.

6.2. Der Umstellungsanspruch nach Ziff. 6.1. erstreckt sich auch auf Tarife der Krankentagegeldversicherung mit einem Beginn der Leistungspflicht frühestens ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit und einem Höchstsatz von 25 EUR/Tag.

6.3. Die Umstellung des Versicherungsverhältnisses ist dem Versicherer gegenüber spätestens einen Monat vor Ablauf der Höchstversicherungsdauer in Textform zu erklären.

6.4. Zum Zeitpunkt der Umstellung wird das dann erreichte Alter der versicherten Person bei der Berechnung der Beiträge für die Tarife, in die das Versicherungsverhältnis umgestellt werden soll, zugrunde gelegt. Soweit bei Abschluss der Optionsversicherung ein Risikozuschlag für eine oder mehrere vom Optionsrecht nach Ziff. 3.2. umfasste Tarifarten vereinbart wurde, wird dieser ab dem Zeitpunkt der Umstellung entsprechend in den Tarifen der Krankheitskostenzusatzversicherung, in die das Versicherungsverhältnis umgestellt werden soll, erhoben.

7. Obliegenheiten

7.1. Pflichtversicherte Mitglieder und Personen mit Anspruch auf Familienversicherung in der GKV

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung einer versicherten Person innerhalb von drei Monaten mitzuteilen und auf Verlangen nachzuweisen.

7.2. Freiwillig versicherte Mitglieder in der GKV

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer das Ende der freiwilligen Versicherung in der GKV innerhalb von drei Monaten mitzuteilen und auf Verlangen nachzuweisen. Dies gilt auch für den Fall, dass die freiwillige Versicherung nur deshalb endet, weil die versicherte Person wieder krankenversicherungspflichtig oder familienversichert wird.

8. Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (siehe AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009).

Sonderbedingungen zur Beitragsentlastung im Alter (SBVU/SBZU)

Ergänzend zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die bestehende Krankheitskostenversicherung gilt folgende Sondervereinbarung zur Beitragszahlung:

1. Abschlussfähigkeit

Die Beitragsermäßigung kann für Personen festgelegt werden, die im Jahr der Vereinbarung der SBVU/SBZU das 21. Lebensjahr vollendet und das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

2. Gegenstand

In der Krankheitskostenversicherung kann eine Änderung der Beitragszahlung so geregelt werden, dass sich ab dem ersten des Folgemonats, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, die monatliche Beitragsrate um die vereinbarte Beitragsermäßigung (Grundnachlass) verringert.

Die Beitragsermäßigung erhöht sich, nach folgender Tabelle, in Abständen von 5 Jahren um jeweils 20 % des Grundnachlasses.

vollendetes Lebensjahr	Beitragsermäßigung
65.	5,00 EUR (Grundnachlass)
70.	6,00 EUR
75.	7,00 EUR
80.	8,00 EUR
85.	9,00 EUR
90.	10,00 EUR

Der Grundnachlass kann in Stufen von 5 EUR, mindestens jedoch in Höhe von 10 EUR, vereinbart werden.

3. Höchstmöglicher Umfang des Grundnachlasses und der Beitragsermäßigung

Der vereinbarte Grundnachlass darf zu keinem Zeitpunkt den Monatsbeitrag für die Krankheitskostenversicherung übersteigen.

Die sich aus den Sonderbedingungen zur Beitragsentlastung im Alter ergebende Beitragsermäßigung (incl. der sich aus der Überschussbeteiligung gemäß § 12a Absatz 2 Versicherungsaufsichtsgesetz ergebenden zusätzlichen Beitragsermäßigung) darf den Monatsbeitrag für die Krankheitskostenversicherung (ohne Berücksichtigung der Beitragsermäßigung aus den SBVU/SBZU) nicht überschreiten. Der über dem vorgenannten Monatsbeitrag für die Krankheitskostenversicherung liegende Teil der Beitragsermäßigung wird nach den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen zur Milderung von späteren Beitragserhöhungen verwendet.

4. Änderung des Grundnachlasses

4.1 Erhöhung des Grundnachlasses

Der bereits vereinbarte Grundnachlass kann für Personen, die in dem Jahr der Änderung das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, jederzeit ohne Gesundheitsprüfung unter Beachtung der Ziffer 3. erhöht werden.

4.2 Verminderung des Grundnachlasses

Eine Verminderung des Grundnachlasses ist vor Wirksamwerden der Beitragsermäßigung möglich.

4.3 Beendigung der SBVU/SBZU

Werden die SBVU/SBZU aufgehoben und bleibt die Krankheitskostenversicherung weiterhin bestehen, wird die vereinbarte Beitragsermäßigung nach den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen in eine sofortige Beitragsermäßigung in der Krankheitskostenversicherung umgewandelt.

Die SBVU/SBZU endet mit der Krankheitskostenversicherung.

5. Monatlicher Mehrbeitrag für die SBVU/SBZU

Auf Grund der Vereinbarung der SBVU/SBZU wird in der Krankheitskostenversicherung ein Mehrbeitrag erhoben.

Der monatlich zu zahlende Mehrbeitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Als „Alter bei Beginn der Sonderbedingungen“ gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Beginns der SBVU/SBZU und dem Geburtsjahr.

6. Beitragsberechnung

Die Berechnung des Mehrbeitrags für die SBVU/SBZU erfolgt nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

Bei einer Änderung des Mehrbeitrages, auch durch Änderung des Grundnachlasses, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Alter bei Beginn der SBVU/SBZU dadurch Rechnung getragen, dass die Altersrückstellung für die SBVU/SBZU gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung des Mehrbeitrags wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch für die Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen.

7. Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen Verlängerung der Lebenserwartung ändern. Deshalb vergleicht der Versicherer gem. § 8 b MB/KK 2009 zumindest jährlich die für die zukünftige Lebenserwartung erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Aufwendungen für die SBVU/SBZU. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, so werden die Mehrbeiträge für die SBVU/SBZU vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Teil III Tarif KHTU Krankenhaustagegeldversicherung

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Versicherungsleistungen

Das Krankenhaustagegeld kann in Stufen von 5 Euro, mindestens jedoch in Höhe von 10 Euro, vereinbart werden.

Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag eines medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausaufenthaltes in einem nach den AVB anerkannten Krankenhaus ohne Kostennachweis und ohne zeitliche Begrenzung gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag werden jeweils als ein voller Tag gewertet.

Bei ambulanter Entbindung wird ein pauschales Krankenhaustagegeld in Höhe des dreifachen vereinbarten Krankenhaustagegeldes gezahlt.

Beiträge

Für den Teil des vereinbarten Krankenhaustagegeldes, der 50 Euro übersteigt, werden die monatlichen Beitragsraten verdoppelt.

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009). Kinder (Altersgruppe 0 - 15) und Jugendliche (Altersgruppe 16 - 20) zahlen ab Alter 16 bzw. 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009).

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung

MB/KT für Tarif KTVA und KTVS

Gültig ab 1. April 2023

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KT 2009) §§ 1–18

Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft (TB/KT 2021)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

(3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.

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

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

(6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

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

(8) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

zu § 1 Aufnahmebefähigung

Aufnahmebefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Personen mit durch Vorerkrankungen erhöhtem Risiko können zu besonderen Bedingungen versichert werden.

zu § 1 (2) Versicherungsfall

Als Versicherungsfall gelten auch die Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, Fehlgeburt und nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch, sofern in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird.

zu § 1 (2) Zusammenrechnung von Zeiten der Arbeitsunfähigkeit

Tritt während einer Arbeitsunfähigkeit oder während der Mutterschutzfristen gemäß § 3 (1) und (2) Mutterschutzgesetz eine neue Krankheit oder Unfallfolge ein, wird die Karenzzeit nicht nochmals von Beginn an berechnet. Gleiches gilt, sofern während einer Arbeitsunfähigkeit die Mutterschutzzeiten (entsprechend § 3 (1) und (2) Mutterschutzgesetz) eintreten.

Sofern bei Arbeitnehmern der Arbeitgeber Zeiten einer erneuten Arbeitsunfähigkeit für die Fortzahlung des Arbeitsentgeltes berechneterweise zusammenrechnet, werden diese Zeiten auch für die Regelung des Leistungsbeginns, also für die Karenzzeit, zusammengerechnet.

Bei Selbstständigen und freiberuflich Tätigen gilt: Tritt innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, werden die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.

zu § 1 (7) Versicherungsschutz im Ausland

Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt außerhalb Europas besteht während der ersten sechs Monate auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz im Rahmen des für das euro-

päische Ausland geltenden Umfangs. Sofern die versicherte Person aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, eine innerhalb der 6-Monats-Frist geplante Rückreise nicht antreten kann, besteht auch über sechs Monate hinaus solange Versicherungsschutz, bis eine Rückreise bzw. ein Rücktransport möglich ist.

zu § 1 (8) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes

Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Anrainerstaat Deutschlands und übt sie ihre berufliche Tätigkeit weiterhin in Deutschland aus, gelten die sich aus Abs. 8 ergebenden Einschränkungen des Umfangs der Leistungspflicht nicht.

§ 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag

(1) Versicherungsfall ist auch der Verdienstaussfall der weiblichen Versicherten, der während der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes sowie am Entbindungstag entsteht, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist. Für diesen Versicherungsfall gelten die Bestimmungen der § 1 und §§ 2 bis 18 sinngemäß, soweit sich aus den nachfolgenden Absätzen keine Abweichungen ergeben.

(2) Der Versicherer zahlt für die Dauer dieser Schutzfristen und am Entbindungstag ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang ungeachtet der Leistungsausschlüsse nach § 5. Soweit der versicherten Person in diesem Zeitraum ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch oder nach dem Mutterschutzgesetz, auf Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz oder auf einen anderen anderweitigen angemessenen Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstaussfall zusteht, wird dieser auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet. Wenn die versicherte Person während der gesetzlichen Mutterschutzfristen oder am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld ist oder wird, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt.

(3) Das während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gezahlte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch und nach dem Mutterschutzgesetz, dem Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz und anderen Ersatzleistungen für den während dieser Zeit verursachten Verdienstaussfall das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes.

(4) Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes und der Tag der Entbindung sind durch den Versicherungsnehmer nachzuweisen. Dieser trägt etwaige Kosten des Nachweises.

(5) Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.

zu § 1a) (2)

Tariflich vereinbarte Karenzzeiten gelten auch für die Schutzfristen und den Entbindungstag.

zu § 1a) (5)

§ 3 Absätze 5 und 6 MB/KT 2009 gelten entsprechend.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

zu § 2 Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

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

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

(5) Personen, die aus der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeld- oder Krankengeldanspruchs die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zusammen mit einer Krankheitskostenversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

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

zu § 3 (3) Besondere Wartezeiten

Die besonderen Wartezeiten entfallen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

(2) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

(3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.

(4) Sinkt das durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person in einem Zeitraum von 12 Monaten unter die Höhe des dem Verträge zugrunde gelegten Nettoeinkommens, kann der Versicherer, auch wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist, das Krankentagegeld und den Beitrag entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen.

Für einen Arbeitnehmer sind die letzten 12 Monate vor der Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf die letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.

Für selbstständig Tätige ist das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.

Zeiten, in denen Arbeitsunfähigkeit oder ein Beschäftigungsverbot aufgrund von Schutzvorschriften bestand, bleiben dabei außer Betracht. Die Bestimmung des Nettoeinkommens richtet sich ungeachtet des Absatzes 2 nach den Tarifbedingungen. Die Herabsetzung des Krankentagegelds und des Beitrags werden von Beginn des zweiten Monats nach Zugang der Herabsetzungserklärung beim Versicherungsnehmer an wirksam. Bis zum Zeitpunkt der

Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang auch für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

(5) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.

(6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

(7) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung (siehe Anhang), Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

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

(9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

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

zu § 4 (2) Anrechnung Leistungen Dritter

Neben sonstigen Krankentage- und Krankengeldern werden auch Leistungen des Arbeitgebers zum Ausgleich des Einkommensausfalls während der Arbeitsunfähigkeit, ein Übergangsgeld der gesetzlichen Rentenversicherungsträger oder Verletztengeld einer gesetzlichen Unfallversicherung angerechnet.

zu § 4 (2), (3) und (4) Versicherbares Nettoeinkommen

Bei Arbeitnehmern gilt 80% des regelmäßigen Bruttoentgelts als das maximal versicherbare Nettoeinkommen.

Bei Selbstständigen und Freiberuflern sind maximal 80% der Einkünfte gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 1 Einkommensteuergesetz aus der selbstständigen bzw. freiberuflichen Tätigkeit als Nettoeinkommen versicherbar.

Wenn das Nettoeinkommen bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit noch nicht ermittelt werden kann, so tritt an dessen Stelle bis zum Wirksamwerden des ersten Einkommensteuerbescheides ein jeweils bei Vertragsbeginn vereinbarter Betrag.

zu § 4 (3) und (4) Umfang der Leistungspflicht bei zeitlicher Verlängerung des Anspruchs auf Fortzahlung des Arbeitseinkommens (Einkommen aus nicht selbstständiger Arbeit)

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, eine nicht nur vorübergehende Verlängerung des Zeitraums, für den bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht, unverzüglich mitzuteilen.

Wird das Arbeitseinkommen bei Arbeitsunfähigkeit über die tariflich vereinbarte Karenzzeit hinaus gezahlt, besteht insoweit kein Anspruch auf Auszahlung eines Krankentagegeldes. Der Versicherer ist in diesem Fall berechtigt, den Versicherungsvertrag rückwirkend auf einen Tarif mit entsprechend längerer Karenzzeit umzustellen. Dabei werden zu viel gezahlte Beiträge mit zu viel gezahlten Versicherungsleistungen verrechnet.

zu § 4 (5) und (6)

In einem Krankenhaus oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) tätige approbierte Ärzte und Zahnärzte stehen niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten gleich.

zu § 4 (7) Kosten der Nachweise

Der Versicherer trägt auch die Kosten der Nachweise, soweit es sich um Anzeigen über Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit handelt.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

- a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;
- d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;
- e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;
- f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich – unbeschadet des Absatzes 2 – in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Abs. 8 und 9). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthalts arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;
- g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

(2) Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort – auch bei einem Krankenhausaufenthalt – besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

zu § 5 (1) a) Kriegereignisse

Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) a) gilt nicht bei unvorhersehbarem Ausbruch eines Krieges oder Bürgerkrieges im Ausland.

Als unvorhersehbar gilt der Krieg oder Bürgerkrieg, sofern vor Reisebeginn der versicherten Person für das Reisegebiet keine entsprechende Reisewarnung des Auswärtigen Amtes ausgesprochen wurde.

zu § 5 (1) b) Entziehungsmaßnahmen

Dieser Leistungsausschluss gilt nicht, sofern für den Versicherten eine Krankheitskostenvollversicherung bei der Württembergische besteht und dort Leistungspflicht für die Entziehungsmaßnahme besteht. Voraussetzung ist ferner, dass unmittelbar vor Antritt der Maßnahme Arbeitsunfähigkeit bestanden hat und auch während der Maßnahme fortbestand.

zu § 5 (1) c) Fortfall der Leistungseinschränkung bei Alkoholenuss

Der Leistungsausschluss gemäß § 5 (1) c) entfällt.

zu § 5 (1) d) Arbeitsunfähigkeit infolge Schwangerschaft

Der Leistungsausschluss gemäß § 5 (1) d) entfällt.

zu § 5 (1) e) Mutterschutz

Der Leistungsausschluss nach § 5 (1) e) findet keine Anwendung auf den Versicherungsfall nach § 1a.

zu § 5 (1) g) Leistungen bei Rehabilitationsmaßnahmen

Dieser Leistungsausschluss gilt nicht, sofern unmittelbar vor Antritt der Maßnahme Arbeitsunfähigkeit bestanden hat und auch während der Maßnahme fortbestand.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

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

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

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

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

zu § 6 (1) Auszahlung des Krankentagegeldes

Das Krankentagegeld wird nach Vorlage der geforderten Nachweise für zurückliegende Zeiten der Arbeitsunfähigkeit ausgezahlt.

zu § 6 (4) Inlandskonto

Kosten für die Überweisung werden nicht abgezogen, wenn die Überweisung auf ein SEPA-Konto in Euro erfolgt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Abs. 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Abs. 1 Buchstabe a oder b.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

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

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

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

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

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

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

zu § 8 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Der Versicherer bildet gemäß Überschussverordnung (ÜbschV) eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.

Diese Mittel werden ausschließlich zu Gunsten der Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch:

1. Beitragsrückerstattung in Form einer Ausschüttung (Auszahlung oder Gutschrift),
2. Leistungserhöhung,
3. Beitragssenkung,
4. Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen,
5. in Ausnahmefällen zur Abwendung eines Notstandes.

Die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie die dafür bestimmten Beträge und Tarife, die teilnahmeberechtigten Personen und ggf. weitere Einzelheiten legt der Vorstand des Versicherers jeweils mit Zustimmung des Treuhänders fest.

zu § 8 (1) Beitragsrate

Die Festsetzung der Beiträge richtet sich nach dem Eintrittsalter der zu versichernden Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt, und dem Geburtsjahr.

zu § 8 (3) Fälligkeit des Erstbeitrags

- a) Die erste Beitragsrate gilt bis zum Eingang der Lastschrift beim Geldinstitut als gestundet.
- b) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

zu § 8 (5) Mahnkosten

Mahnkosten sind die für jede Mahnung tatsächlich anfallenden Kosten für Porto und Material (wie z.B. Papier und Briefumschlag). Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten weiteren Kosten und Gebühren erhoben werden.

§ 8a Beitragsberechnung

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

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

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

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

zu § 8a (2) Beitragsberechnung

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

§ 8b Beitragsanpassung

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

(2) (entfallen)

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

zu § 8b (1) Beitragsanpassung

Ergibt die in § 8b (1) genannte Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5% bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5% bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Als Beobachtungseinheiten gelten grundsätzlich Erwachsene. Abweichende Regelungen werden im Tarif festgelegt. Die Tarifbeschreibung ergibt sich aus dem Tarifteil der AVB (Teil III).

§ 9 Obliegenheiten

(1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

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

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

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

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

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

zu § 9 (1) Meldefrist bei Arbeitsunfähigkeit

Die Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer bis zum Ablauf der Karenzzeit unter Angabe der Diagnose und der voraussichtlichen Dauer anzuzeigen. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer auf Verlangen, mindestens aber in 14-tägigen Abständen, nachzuweisen.

zu § 9 (2) Nachweise

Dem Versicherer sind auf Verlangen die Nachweise vorzulegen, aus denen sich die Begründung für die Höhe des Krankentagegeldes ergibt.

Wird Berufsunfähigkeits-, Erwerbsminderungs- oder Altersrente beantragt, ist dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

zu § 9 (3) Frist für die Untersuchung

Die versicherte Person muss die Untersuchung zu dem vom Versicherer vorgegebenen Termin durchführen lassen. Unterlässt sie dies ohne umgehende genügende Begründung, wird bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit das Krankentagegeld frühestens ab dem Tag gezahlt, an dem die geforderte Untersuchung nachgeholt wurde.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

(2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

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

zu § 10 (2) Kündigung durch den Versicherer

Wird die Obliegenheit gemäß § 9 Abs. 5 verletzt, verzichtet der Versicherer auf sein außerordentliches Kündigungsrecht.

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b)) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

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

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

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

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

zu § 13 (1) Vertragsdauer

Der Vertrag wird pro Person und Tarif für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf in Textform gekündigt hat. Beträgt die Dauer des ersten Versicherungsjahres weniger als drei Monate, so kann mit Wirkung zum Ende dieses Jahres auch ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.

zu § 13 (3) Ruhen der Rechte und Pflichten und Anwartschaftsversicherung

(Siehe Besondere Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung)

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten für alle oder einzelne mitversicherte Personen vereinbaren, wenn Arbeitslosigkeit oder vorübergehend Krankenversicherungspflicht besteht, für eine versicherte Person vorübergehend kraft Gesetzes Anspruch auf Familienversicherung oder infolge vorübergehenden Wehr-, Zivil-, Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes Anspruch auf Heilfürsorge besteht. Bei Ableistung des Zivildienstes kann eine solche Vereinbarung für die Dauer des Zivildienstes, bei Ableistung der Wehrpflicht für die Dauer des Grundwehrdienstes oder der Wehrübung getroffen werden.

In unmittelbarem Anschluss an die Ruhenszeit ist der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung nach Maßgabe der tariflichen und der gesetzlichen Bestimmungen möglich. Bei weiterbestehen der Arbeitslosigkeit kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Arbeitslosigkeit hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen (zur Anwartschaftsversicherung vgl. auch unten § 15).

Nach Beendigung der Ruhenszeit werden auch für Versicherungsfälle, die während der Ruhenszeit eingetreten sind, Tagegelder gezahlt, soweit noch tarifliche Ansprüche bestehen.

zu § 13 (6) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Die Erklärungsfrist wird auf drei Monate nach Beendigung der Versicherung verlängert.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.

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

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränkt werden.

(4) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird. Das gilt nicht für den Fall des § 13 Abs. 3.

zu § 14 (1) Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn neben der Krankentagegeldversicherung eine private Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer oder eine gesetzliche Krankenversicherung ohne Krankengeldanspruch besteht.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

- a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;
- b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens, sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen;

- d) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;
- e) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

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

zu § 15 (1) b) Ende des Versicherungsverhältnisses bei Berufsunfähigkeit

Eine Berufsunfähigkeit liegt auch zum Beginn des Zeitraumes vor, für den ein gesetzlicher oder privater Versicherungsträger eine Rente wegen Berufsunfähigkeit oder voller Erwerbsminderung bezahlt. Dies gilt auch dann, wenn die Rente nur vorübergehend gezahlt wird.

zu § 15 (1) b) und (2) Anwartschaft

Wird das Versicherungsverhältnis wegen Eintritt der Berufsunfähigkeit, wegen Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente oder wegen Arbeitslosigkeit beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer dieser Ereignisse hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Beginn bzw. Eintritt des Ereignisses, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen. Das Recht, einen gekündigten Vertrag nach Maßgabe von § 15 Abs. 2 in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, bleibt unberührt.

zu § 15 (1) e) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes

Das Versicherungsverhältnis endet nicht, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Anrainerstaat Deutschlands verlegt, der kein Staat im Sinne von § 1 Abs. 8 ist, und sie ihre berufliche Tätigkeit weiterhin in Deutschland ausübt.

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang

Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) [in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung]

§ 1 Form und Voraussetzungen

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

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

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

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

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

Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

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

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

§ 19 Anzeigepflicht

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

(1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.

(2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

Teil III Tarif KTVA (Krankentagegeldversicherung für Arbeitnehmer)

Gültig ab 1. Januar 2021

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KT 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft (TB/KT 2021)

1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig in Tarif KTVA sind Arbeitnehmer (Angestellte und Arbeiter), die gegen regelmäßiges Entgelt in einem festen Arbeitsverhältnis stehen und für die eine Krankheitskostenvollversicherung bei der Württembergische Krankenversicherung AG besteht. Nicht versicherungsfähig sind Arbeitnehmer in der Freistellungsphase einer Altersteilzeit oder Arbeitnehmer mit einer Krankheitskostenvollversicherung bei einem anderen Versicherungsunternehmen.

2. Fortsetzung der Versicherung bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

(1) Endet die Versicherung nach Tarif KTVA gemäß § 15 (1) a MB/KT (Wegfall der Versicherungsfähigkeit) und besteht gleichzeitig Versicherungsfähigkeit in Tarif KTVS, kann die Versicherung ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten bis maximal zur Höhe des in Tarif KTVA versicherten Krankentagegeldes – höchstens aber 75 Euro – im Tarif KTVS mit derselben Karenzzeit fortgeführt werden. Voraussetzung ist, dass der Antrag hierzu spätestens 2 Monate nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit in Tarif KTVA beim Versicherer eingeht.

(2) Besteht zum Beendigungszeitpunkt Versicherungsfähigkeit in Tarif KTZR, kann die Versicherung ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten in diesem Tarif fortgeführt werden. Voraussetzung ist, dass der Antrag hierzu spätestens 2 Monate nach dem Wegfall der Versicherungsfähigkeit in Tarif KTVA beim Versicherer eingeht. Die Höhe des Krankentagegeldes im Tarif KTZR darf dabei zusammen mit dem Krankengeldanspruch in der GKV das Nettoeinkommen nicht übersteigen. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Differenzbetrag zwischen dem ursprünglich in Tarif KTVA versicherten und dem aufgrund dieser Regelung in Tarif KTZR versicherbaren Krankentagegeld als Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

(3) Bisher vereinbarte Risikozuschläge werden bei einer Fortsetzung der Versicherung gemäß den Absätzen 1 und 2 entsprechend angepasst, Leistungsausschlüsse werden übernommen.

3. Wartezeiten

Die Wartezeiten bis auf die Wartezeit nach § 1a (5) MB/KT 2009 entfallen.

4. Versicherbares Krankentagegeld

Das Krankentagegeld kann in Stufen von 5 Euro vereinbart werden.

5. Vertragsanpassungen

(1) Erhöht sich das berufliche Nettoeinkommen oder verkürzt sich der Entgeltfortzahlungszeitraum, nimmt der Versicherer Anträge auf eine der Erhöhung des Einkommens entsprechende Anpassung des Tagessatzes oder auf eine Anpassung der Karenzzeit ohne erneute Risikoprüfung an, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Änderung der Umstände zum nächsten Monatsersten gestellt werden. Maßgeblich für den Änderungszeitpunkt ist das Wirksamwerden der arbeitsvertraglichen oder tariflichen Vereinbarung. Die Änderung der Umstände ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

(2) Bei zum Zeitpunkt des Änderungsverlangens bereits eingetretenen Versicherungsfällen (§ 1 Abs. 2 MB/KT 2009 und § 1a Abs. 1 MB/KT 2009) werden die Änderungen frühestens mit Beendigung des laufenden Versicherungsfalles wirksam.

(3) Absatz 1 gilt hinsichtlich einer vereinbarten Karenzzeit von mehr als sechs Wochen auch im Falle des Eintritts von Arbeitslosigkeit.

6. Teilarbeitsunfähigkeit

In Ergänzung zu § 1 (3) MB/KT 2009 leistet der Versicherer auch bei Teilarbeitsunfähigkeit. Teilarbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung nach § 74 SGB V bzw. § 44 SGB IX ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend nur eingeschränkt ausüben kann und zudem keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.

Bei Teilarbeitsunfähigkeit werden eventuell bestehende Ansprüche auf Entgeltersatzleistungen gegenüber Dritten (z. B. gegenüber dem Arbeitgeber oder der gesetzlichen Rentenversicherung) von den Krankentagegeldleistungen abgezogen.

Der Anspruch auf Krankentagegeldleistungen wegen Teilarbeitsunfähigkeit ist auf 3 Monate je Versicherungsfall begrenzt. Zeiten der Teilarbeitsunfähigkeit, die in die Karenzzeiten fallen, werden dabei mitgerechnet.

7. Beginn der Leistungspflicht

Die Leistungspflicht beginnt

in Tarfstufe KTVA 43 ab dem 43. Tag,

in Tarfstufe KTVA 92 ab dem 92. Tag

der Arbeitsunfähigkeit oder dem Verdienstausschlag während der Schutzfristen nach § 3 (1) und (2) Mutterschutzgesetz und am Entbindungstag.

Die Vereinbarung einer höheren, der individuellen Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers angepassten Karenzzeit ist möglich. Hierbei wird, ausgehend von den Beiträgen in der Tarfstufe mit der nächst kürzeren Karenzzeit, ein entsprechend höheres Krankentagegeld gezahlt. Die erhöhten Krankentagegelder sind mit den anderen Karenzzeiten in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt und werden im Versicherungsschein ausgewiesen.

8. Eintritt von Arbeitslosigkeit

(1) Abweichend von § 15 (1) a) MB/KT 2009 besteht der Vertrag hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bei Eintritt von Arbeitslosigkeit fort, solange ein Anspruch auf Arbeitslosengeld nach § 136 Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) besteht. Die Höhe des Krankentagegeldes ist auf den Leistungsbetrag des Arbeitslosengeldes zuzüglich der von der Agentur für Arbeit übernommenen Beiträge für die private Krankenversicherung, die private Pflegepflichtversicherung sowie die gesetzliche Rentenversicherung begrenzt und erforderlichenfalls auf diesen Betrag herabzusetzen. Der Beitrag wird entsprechend gemindert. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Differenzbetrag zwischen dem ursprünglich versicherten und dem herabgesetzten Krankentagegeld als Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

(2) Endet der Anspruch nach Abs. (1) und besteht weiterhin Arbeitslosigkeit, setzt sich das Versicherungsverhältnis unter Beibehaltung der sich aus Abs. (1) ergebenden Krankentagegeldhöhe so lange fort, wie sich der Versicherungsnehmer nachweislich ernsthaft um die Wiederaufnahme einer angestellten Tätigkeit bemüht und seine Bemühungen nicht erkennbar aussichtslos sind. Der Versicherungsnehmer hat zu diesem Zweck monatlich darzulegen, was er unternommen hat, um eine neue Arbeitsstelle zu finden. Wird der Nachweis nicht erbracht, endet das Versicherungsverhältnis rückwirkend zu Beginn des Monats, mit dem er sein Bemühen um eine Arbeitsstelle hätte nachweisen müssen. Unabhängig hiervon endet das Versicherungsverhältnis zu dem Zeitpunkt, zu dem feststeht, dass die Arbeitssuche keine Aussicht auf Erfolg hat oder die versicherte Person eine neue Tätigkeit als Arbeitnehmer nicht mehr aufnehmen will, spätestens aber ein Jahr nach Ende des Bezuges von Arbeitslosengeld nach § 136 Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III).

(3) Nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Krankentagegeldversicherung insgesamt als Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

9. Beendigung der Krankentagegeldversicherung bei Bezug einer Altersrente

§15 (1) c) MB/KT 2009 gilt mit der Maßgabe, dass das Versicherungsverhältnis nur dann endet, wenn eine Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder aus einem berufsständischen Versorgungswerk bezogen wird.

10. Dynamik

(1) Der Versicherer bietet dem Versicherungsnehmer alle drei Kalenderjahre, erstmalig im Jahr 2024, die Möglichkeit, das vereinbarte Krankentagegeld zum 01.05. ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Die Erhöhung beträgt maximal 6 Prozent des versicherten Krankentagegeldes, aufgerundet auf ganze Stufen von 5 Euro.

(2) Der Versicherungsnehmer erhält vor dem jeweiligen Anpassungstermin eine Mitteilung des Versicherers über die maximal mögliche Höhe der Anpassung, den neuen zu zahlenden Beitrag sowie die Frist, innerhalb der die Annahmeerklärung des Versicherungsnehmers beim Versicherer eingehen muss. Für zum Zeitpunkt der Erhöhung bereits eingetretene Versicherungsfälle besteht kein Anspruch auf die höheren Leistungen. Die Erhöhung wird in diesem Fall erst mit Beendigung des laufenden Versicherungsfalles wirksam.

(3) Bestehende Risikozuschläge werden entsprechend angepasst, Leistungsausschlüsse gelten auch für den hinzukommenden Teil des Krankentagegeldes.

(4) Ausgenommen von der Dynamik sind Verträge, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung ein Ruhen oder eine Anwartschaftsversicherung vereinbart sind. Von der Dynamik ausgenommen sind darüber hinaus alle Verträge von versicherten Personen, für die der Versicherungsschutz erst im Kalenderjahr der Erhöhungsmöglichkeit begonnen hat. Für diese Versicherten besteht erstmals zum nächsten turnusmäßigen Erhöhungslauf eine Anpassungsmöglichkeit.

11. Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Teil III Tarif KTVS (Krankentagegeldversicherung für Selbstständige)

Gültig ab 1. Januar 2021

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KT 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft (TB/KT 2021)

1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Selbstständige und freiberuflich Tätige, die hauptberuflich eine selbstständige Erwerbstätigkeit ausüben und aus dieser regelmäßige Einkünfte beziehen. Zudem muss für die versicherte Person eine Krankheitskostenvollversicherung bei der Württembergische Krankenversicherung oder Versicherungsschutz in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ohne Anspruch auf Krankengeld bestehen.

2. Wegfall der Versicherungsfähigkeit und Fortsetzung der Versicherung

(1) Endet die Versicherung nach Tarif KTVS gemäß § 15 (1) a MB/KT (Wegfall der Versicherungsfähigkeit) und besteht gleichzeitig Versicherungsfähigkeit in Tarif KTVA, kann die Versicherung ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten bis maximal zur Höhe des in Tarif KTVS versicherten Krankentagegeldes im Tarif KTVA mit derselben Karenzzeit, mindestens jedoch mit einer Karenzzeit von 42 Tagen, fortgeführt werden. Voraussetzung ist, dass der Antrag hierzu spätestens 2 Monate nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit in Tarif KTVS beim Versicherer eingeht.

(2) Besteht zum Beendigungszeitpunkt Versicherungsfähigkeit in Tarif KTZR, kann die Versicherung ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten in diesem Tarif fortgeführt werden. Voraussetzung ist, dass der Antrag hierzu spätestens 2 Monate nach dem Wegfall der Versicherungsfähigkeit in Tarif KTVS beim Versicherer eingeht. Die Höhe des Krankentagegeldes im Tarif KTZR darf dabei zusammen mit dem Krankengeldanspruch in der GKV das Nettoeinkommen nicht übersteigen. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Differenzbetrag zwischen dem ursprünglich in Tarif KTVS versicherten und dem aufgrund dieser Regelung in Tarif KTZR versicherbaren Krankentagegeld als Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

(3) Bisher vereinbarte Risikozuschläge werden bei einer Fortsetzung der Versicherung gemäß den Absätzen 1 und 2 entsprechend angepasst, Leistungsausschlüsse werden übernommen.

3. Wartezeiten

Die Wartezeiten bis auf die Wartezeit nach § 1a (5) MB/KT 2009 entfallen, sofern neben der Krankentagegeldversicherung eine Krankheitskostenvollversicherung bei der Württembergische besteht.

4. Versicherbares Krankentagegeld

Das Krankentagegeld kann in Stufen von 5 Euro vereinbart werden.

5. Vertragsanpassungen

(1) Erhöht sich das berufliche Nettoeinkommen, nimmt der Versicherer Anträge auf eine der Erhöhung des Einkommens entsprechende Anpassung des Tagessatzes ohne erneute Risikoprüfung an, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Änderung der Umstände zum nächsten Monatsersten gestellt werden. Als Änderung der Umstände gilt die Erteilung des Steuerbescheides, aus dem sich die Erhöhung des Einkommens gegenüber dem Vorjahr ergibt. Die Änderung der Umstände ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

(2) Bei zum Zeitpunkt des Änderungsverlangens bereits eingetretenen Versicherungsfällen (§ 1 Abs. 2 MB/KT 2009 und § 1a Abs. 1 MB/KT 2009) werden die Änderungen frühestens mit Beendigung des laufenden Versicherungsfalles wirksam.

6. Teilarbeitsunfähigkeit

(1) Besteht im unmittelbaren Anschluss an eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 6 Wochen Dauer eine Teilarbeitsunfähigkeit von mindestens 50 Prozent, zahlt der Versicherer in Ergänzung zu § 1 (3) MB/KT 2009 das versicherte Krankentagegeldes anteilig, wenn nach ärztlichem Befund die versicherte Person durch die teilweise Aufnahme der beruflichen Tätigkeit besser wieder in das Berufsleben eingegliedert werden kann und ein ärztlicher Wiedereingliederungsplan vorgelegt wird.

(2) Der Anspruch auf Krankentagegeldleistungen wegen Teilarbeitsunfähigkeit ist auf 56 Tage je Versicherungsfall begrenzt. Zeiten der Teilarbeitsunfähigkeit, die in die Karenzzeiten fallen, werden dabei mitgerechnet.

7. Beginn der Leistungspflicht

Die Leistungspflicht beginnt

in Tarilstufe KTVS 29 ab dem 29. Tag,

in Tarilstufe KTVS 43 ab dem 43. Tag,

in Tarilstufe KTVS 92 ab dem 92. Tag

der Arbeitsunfähigkeit oder dem Verdienstausschlag während der Schutzfristen nach § 3 (1) und (2) Mutterschutzgesetz und am Entbindungstag.

8. Eintritt von Arbeitslosigkeit

(1) Abweichend von § 15 (1) a) MB/KT 2009 besteht der Vertrag hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bei Eintritt von Arbeitslosigkeit fort, solange ein Anspruch auf Arbeitslosengeld nach § 136 Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III) besteht. Die Höhe des Krankentagegeldes ist auf den Leistungsbetrag des Arbeitslosengeldes zuzüglich der von der Agentur für Arbeit übernommenen Beiträge für die private Krankenversicherung, die private Pflegepflichtversicherung sowie die gesetzliche Rentenversicherung begrenzt und erforderlichenfalls auf diesen Betrag herabzusetzen. Der Beitrag wird entsprechend gemindert. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Differenzbetrag zwischen dem ursprünglich versicherten und dem herabgesetzten Krankentagegeld als Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

(2) Endet der Anspruch nach Abs. (1) und besteht weiterhin Arbeitslosigkeit, setzt sich das Versicherungsverhältnis unter Beibehaltung der sich aus Abs. (1) ergebenden Krankentagegeldhöhe so lange fort, wie sich der Versicherungsnehmer nachweislich um die Wiederaufnahme einer selbständigen Tätigkeit bemüht und seine Bemühungen nicht erkennbar aussichtslos sind. Der Versicherungsnehmer hat zu diesem Zweck monatlich darzulegen, was er unternommen hat, um einer neuen selbständigen beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Wird der Nachweis nicht erbracht, endet das Versicherungsverhältnis rückwirkend zu Beginn des Monats, mit dem er sein Bemühen um eine neue Tätigkeit hätte nachweisen müssen. Unabhängig hiervon endet das Versicherungsverhältnis zu dem Zeitpunkt, zu dem feststeht, dass die versicherte Person eine neue Tätigkeit als Selbständiger oder freiberuflich Tätiger nicht mehr aufnehmen will, spätestens aber ein Jahr nach Ende des Bezuges von Arbeitslosengeld nach § 136 Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III).

(3) Besteht kein Anspruch auf Arbeitslosengeld nach § 136 Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III), gilt Abs. 2 sinngemäß und mit der Maßgabe, dass das Versicherungsverhältnis spätestens ein Jahr nach Aufgabe der selbständigen oder freiberuflichen Tätigkeit endet.

(4) Nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Krankentagegeldversicherung insgesamt als Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

9. Beendigung der Krankentagegeldversicherung aus Altersgründen bzw. bei Bezug einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung

§ 15 (1) c) MB/KT 2009 gilt mit der Maßgabe, dass das Versicherungsverhältnis spätestens mit Ablauf des Monats endet, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet. Das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen, bleibt unberührt.

10. Dynamik

(1) Der Versicherer bietet dem Versicherungsnehmer alle drei Kalenderjahre, erstmalig im Jahr 2024, die Möglichkeit, das vereinbarte Krankentagegeld zum 01.05. ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten zu erhöhen. Die Erhöhung beträgt maximal 6 Prozent des versicherten Krankentagegeldes, aufgerundet auf ganze Stufen von 5 Euro.

(2) Der Versicherungsnehmer erhält vor dem jeweiligen Anpassungstermin eine Mitteilung des Versicherers über die maximal mögliche Höhe der Anpassung, den neuen zu zahlenden Beitrag sowie die Frist, innerhalb der die Annahmeerklärung des Versicherungsnehmers beim Versicherer eingehen muss. Für zum Zeitpunkt der Erhöhung bereits eingetretene Versicherungsfälle besteht kein Anspruch auf die höheren Leistungen. Die Erhöhung wird in diesem Fall erst mit Beendigung des laufenden Versicherungsfalles wirksam.

(3) Bestehende Risikozuschläge werden entsprechend angepasst, Leistungsausschlüsse gelten auch für den hinzukommenden Teil des Krankentagegeldes.

(4) Ausgenommen von der Dynamik sind Verträge, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung ein Ruhen oder eine Anwartschaftsversicherung vereinbart sind. Von der Dynamik ausgenommen sind darüber hinaus alle Verträge von versicherten Personen, für die der Versicherungsschutz erst im Kalenderjahr der Erhöhungsmöglichkeit begonnen hat. Für diese Versicherten besteht erstmals zum nächsten turnusmäßigen Erhöhungslauf eine Anpassungsmöglichkeit.

11. Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung Gültig ab 1. April 2023

MB/KT für Tarif KTSU

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KT 2009) §§ 1-18

Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstaussfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

(3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.

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

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

(6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

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

(8) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

zu § 1 Aufnahmebefähigkeit

Aufnahmebefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Personen mit durch Vorerkrankungen erhöhtem Risiko können zu besonderen Bedingungen versichert werden.

zu § 1 (7) Versicherungsschutz im Ausland

Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt außerhalb Europas besteht während der ersten drei Monate auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz im Rahmen des für das europäische Ausland geltenden Umfangs.

§ 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag

(1) Versicherungsfall ist auch der Verdienstaussfall der weiblichen Versicherten, der während der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes sowie am Entbindungstag entsteht, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist. Für diesen Versicherungsfall gelten die Bestimmungen der § 1 und § 2 bis 18 sinngemäß, soweit sich aus den nachfolgenden Absätzen keine Abweichungen ergeben.

(2) Der Versicherer zahlt für die Dauer dieser Schutzfristen und am Entbindungstag ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang ungeachtet der Leistungsausschlüsse nach § 5. Soweit der versicherten Person in diesem Zeitraum ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch oder nach dem Mutterschutzgesetz, auf Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz oder auf einen anderen anderweitigen angemessenen Ersatz für den während dieser Zeit verursachten

Verdienstaussfall zusteht, wird dieser auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet. Wenn die versicherte Person während der gesetzlichen Mutterschutzfristen oder am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld ist oder wird, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt.

(3) Das während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gezahlte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch und nach dem Mutterschutzgesetz, dem Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz und anderen Ersatzleistungen für den während dieser Zeit verursachten Verdienstaussfall das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes.

(4) Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 (1) und (2) Mutterschutzgesetz und der Tag der Entbindung sind durch den Versicherungsnehmer nachzuweisen. Dieser trägt etwaige Kosten des Nachweises.

(5) Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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.

zu § 2 Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch.

zu § 2 Vertragsänderungen

Erhöht sich das berufliche Nettoeinkommen oder verkürzt sich bei Arbeitnehmern der Entgeltfortzahlungszeitraum, nimmt der Versicherer Anträge auf eine der Erhöhung des Einkommens entsprechende Anpassung des Tagessatzes oder eine Anpassung der Karenzzeit ohne erneute Risikoprüfung an, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Änderung der Umstände zum nächsten Monatsersten gestellt werden. Die Änderung der Umstände ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

Bei Arbeitnehmern mit einer vereinbarten Karenzzeit von mehr als sechs Wochen nimmt der Versicherer Anträge auf eine Herabsetzung der Karenzzeit auf bis zu 42 Tage ohne Risikoprüfung an, wenn die Aufnahme einer Selbstständigen Tätigkeit im bisher ausgeübten Beruf erfolgt und der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Aufnahme der Selbstständigen Tätigkeit zum nächsten Monatsersten gestellt wird.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

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

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

(5) Personen, die aus der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeld- oder Krankengeldanspruchs die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zusammen mit einer Krankheitskostenversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

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

zu § 3 (1) Wartezeiten neben einer bestehenden Krankheitskostenvollversicherung

Besteht die Krankentagegeldversicherung neben einer privaten Krankheitskostenvollversicherung oder besteht neben der Krankentagegeldversicherung eine gesetzliche Krankenversicherung ohne Krankengeldanspruch, entfallen sämtliche Wartezeiten.

zu § 3 (3) Verzicht auf besondere Wartezeiten

Die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

zu § 3 (4) Erlass der Wartezeiten bei ärztlicher Untersuchung

Sämtliche Wartezeiten können erlassen werden, wenn die Versicherung mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird. In diesem Fall bleibt der Antragsteller vier Wochen – gerechnet ab dem Tag des Eingangs des auf einem vom Versicherer vorgesehenen Formular erstellten ärztlichen Untersuchungsberichts beim Versicherer – an seinen Antrag gebunden.

Die Kosten der Untersuchung gehen zu Lasten des Antragstellers. Der ärztliche Untersuchungsbericht ist dem Versicherer innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung vorzulegen. Geschieht dies nicht, so gilt der Versicherungsschutz mit den bedingungsgemäßen Wartezeiten.

zu § 3 (6) Erweiterung des Versicherungsschutzes

Bei Vertragsänderungen nach Maßgabe von AVB Teil II zu § 2 (siehe oben) wird auf die Wartezeiten gemäß § 3 (6) verzichtet. Besteht Leistungspflicht im Rahmen des bisherigen Versicherungsschutzes, wird vom Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens der Vertragsänderung an die Mehrleistung auch für einen laufenden Versicherungsfall gezahlt, wenn der Antrag vor Eintritt des Versicherungsfalles beim Versicherer eingegangen ist.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

(2) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

(3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.

(4) Sinkt das durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person in einem Zeitraum von 12 Monaten unter die Höhe des dem Verträge zugrunde gelegten Nettoeinkommens, kann der Versicherer, auch wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist, das Krankentagegeld und den Beitrag entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen.

Für einen Arbeitnehmer sind die letzten 12 Monate vor der Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf die letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.

Für selbstständig Tätige ist das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.

Zeiten, in denen Arbeitsunfähigkeit oder ein Beschäftigungsverbot aufgrund von Schutzvorschriften bestand, bleiben dabei außer Betracht. Die Bestimmung des Nettoeinkommens richtet sich ungeachtet des Absatzes 2 nach den Tarifbedingungen. Die Herabsetzung des Krankentagegelds und des Beitrags werden von Beginn des zweiten Monats nach Zugang der Herabsetzungserklärung beim Versicherungsnehmer an wirksam. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang auch für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

(5) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.

(6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

(7) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung (siehe Anhang), Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

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

(9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

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

zu § 4 (2) Mindestkarenzzeit

Bei Arbeitnehmern darf die Karenzzeit der gewählten Tarifstufe nicht kürzer sein als die Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit.

zu § 4 (2), (3) und (4) Versicherbares Nettoeinkommen/Nachweise

Bei Arbeitnehmern sind 80 % des regelmäßigen Bruttoentgelts als Nettoeinkommen versicherbar.

Bei Selbstständigen und Freiberuflern sind 80 % des Gewinns vor Steuern gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 1 Einkommensteuergesetz aus der angegebenen Tätigkeit als Nettoeinkommen versicherbar.

Wenn das Nettoeinkommen bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit noch nicht ermittelt werden kann, so tritt an dessen Stelle bis zum Wirkwerden des ersten Einkommensteuerbescheides ein jeweils bei Vertragsbeginn vereinbarter Betrag.

Zum Nettoeinkommen bei Selbstständigen und Freiberuflern gehören auch Beiträge zur Abdeckung von Ausfallzeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung sowie die Beiträge zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung.

Das Nettoeinkommen bei Abschluss des Vertrages und während der Vertragslaufzeit sowie die Dauer der Gehaltsfortzahlung und deren Veränderungen sind dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

zu § 4 (3) und (4) Meldepflicht bei zeitlicher Verlängerung des Anspruchs auf Fortzahlung des Arbeitseinkommens (Einkommen aus nicht selbstständiger Arbeit)

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, eine nicht nur vorübergehende Verlängerung des Zeitraums, für den bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht, unverzüglich mitzuteilen.

Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Arbeitseinkommen bei Arbeitsunfähigkeit über die bei Vertragsabschluss oder später vereinbarte Karenzzeit hinaus gezahlt wird, ist er berechtigt, unabhängig davon, ob der Versicherungsfall eingetreten ist, den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Beginn des Folgemonats auf einen Tarif mit entsprechend längerer Karenzzeit umzustellen. Die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit wird bis zum Zeitpunkt der Umstellung nicht berührt.

zu § 4 (7) Kosten der Nachweise

Der Versicherer trägt auch die Kosten der Nachweise, soweit es sich um Anzeigen über Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit handelt.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

- wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;
- ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;
- während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;
- wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich – unbeschadet des Absatzes 2 – in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Abs. 8 und 9). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthalts arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;
- während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

(2) Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort – auch bei einem Krankenhausaufenthalt – besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswitzweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

zu § 5 (1) a) Kriegereignisse

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Krankheit oder der Unfall im Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eintritt, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb Deutschlands ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

zu § 5 (1) b) Entziehungsmaßnahmen

Der Versicherer zahlt bei der ersten Entziehungsmaßnahme, für die kein anderweitiger Anspruch auf Einkommensersatzleistungen besteht, das vereinbarte Krankentagegeld, wenn und soweit der Versicherer dies vor Beginn der Maßnahme zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden.

zu § 5 (1) c) Fortfall der Leistungseinschränkung bei Alkoholgenuß

Der Leistungsausschluss gemäß § 5 (1) c) entfällt.

zu § 5 (1) d) Arbeitsunfähigkeit infolge Schwangerschaft

Für Zeiten außerhalb des Beschäftigungsverbotes nach dem Mutterschutzgesetz wird im tariflichen Umfang geleistet. Zeiten des gesetzlichen Beschäftigungsverbotes werden auf die bis zum tariflichen Leistungsbeginn zurückzulegenden Tage nicht angerechnet. Dies gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige.

zu § 5 (1) g) Leistungen bei Rehabilitationsmaßnahmen

Ist im Verlauf einer Arbeitsunfähigkeit eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erforderlich, wird Krankentagegeld gezahlt, wenn der Versicherer dies vor Beginn der Maßnahme zugesagt hat.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

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

(3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsbe-

rechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

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

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

zu § 6 (1) Auszahlung des Krankentagegeldes

Das Krankentagegeld wird nach Vorlage der geforderten Nachweise für zurückliegende Zeiten der Arbeitsunfähigkeit in der Regel in Zeitabständen von zwei Wochen ausgezahlt.

zu § 6 (4) Inlandskonto

Kosten für die Überweisung werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benannt hat.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Abs. 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Abs. 1 Buchstabe a oder b.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

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

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

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

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

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

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

zu § 8 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Der Versicherer bildet gemäß Überschussverordnung (ÜbschV) eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.

Diese Mittel werden ausschließlich zu Gunsten der Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch:

1. Beitragsrückerstattung in Form einer Ausschüttung (Auszahlung oder Guthrift),
2. Leistungserhöhung,
3. Beitragssenkung,
4. Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen,
5. in Ausnahmefällen zur Abwendung eines Notstandes.

Die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie die dafür bestimmten Beiträge und Tarife, die teilnahmeberechtigten Personen und ggf. weitere Einzelheiten legt der Vorstand des Versicherers jeweils mit Zustimmung des Treuhänders fest.

zu § 8 (1) Beitragsrate

Die Festsetzung der Beiträge richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der zu versichernden Person; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt, und dem Geburtsjahr.

zu § 8 (2) Skonto

Der Versicherer räumt bei Vorauszahlung einen Beitragsnachlass (Skonto) von 2 % bei halbjährlicher Zahlung und 4 % bei Jahreszahlung ein.

zu § 8 (3) Fälligkeit des Erstbeitrages

- a) Die erste Beitragsrate gilt bis zum Eingang der Lastschrift beim Geldinstitut als gestundet.
- b) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

zu § 8 (5) Mahnkosten

Mahnkosten sind die für jede Mahnung tatsächlich anfallenden Kosten für Porto und Material (wie z. B. Papier und Briefumschlag). Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten weiteren Kosten und Gebühren erhoben werden.

§ 8a Beitragsberechnung

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

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

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besondere 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.

zu § 8a (2) Beitragsberechnung

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

§ 8b Beitragsanpassung

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

(2) (entfallen)

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

zu § 8b (1) Beitragsanpassung

Ergibt die in Teil I Absatz 1 genannte Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Als Beobachtungseinheiten kommen grundsätzlich Erwachsene, Jugendliche und Kinder in Betracht. Abweichende Regelungen werden im Tarif festgelegt. Die Tarifbeschreibung ergibt sich aus dem Tarifteil der AVB (Teil III).

§ 9 Obliegenheiten

(1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

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

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

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

- (5) Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.
- (6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

zu § 9 (1) Meldefrist bei Arbeitsunfähigkeit

Die Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer bis zum Ablauf der Karenzzeit unter Angabe der Diagnose und der voraussichtlichen Dauer anzuzeigen. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer auf Verlangen, mindestens aber in 14tägigen Abständen, nachzuweisen.

zu § 9 (2) Nachweise

Dem Versicherer sind auf Verlangen die Nachweise vorzulegen, aus denen sich die Begründung für die Höhe des Krankentagegeldes ergibt.

Wird Berufsunfähigkeits-, Erwerbsminderungs- oder Altersrente beantragt, ist dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

zu § 9 (3) Frist für die Untersuchung

Die versicherte Person muss die Untersuchung zu dem vom Versicherer vorgegebenen Termin durchführen lassen. Unterlässt sie dies ohne umgehende genügende Begründung, wird bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit das Krankentagegeld erst ab dem Tag gezahlt, an dem die geforderte Untersuchung nachgeholt wurde.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b)) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Wird eine versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.
- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam,

wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

zu § 13 (1) Vertragsdauer

Der Vertrag wird pro Person und Tarif für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf in Textform gekündigt hat. Beträgt die Dauer des ersten Versicherungsjahres weniger als drei Monate, so kann mit Wirkung zum Ende dieses Jahres auch ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.

zu § 13 (3) Mutterschutz und Elternzeit

§ 13 (3) findet entsprechende Anwendung auf den Beginn der gesetzlichen Mutterschutzfrist bzw. der Elternzeit. Diese Regelung gilt sinngemäß auch für Selbstständige und Freiberufler.

zu § 13 (3) Ruhen der Rechte und Pflichten und Anwartschaftsversicherung

(Siehe Besondere Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung)

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten für alle oder einzelne mitversicherte Personen vereinbaren, wenn Arbeitslosigkeit oder vorübergehend Krankenversicherungspflicht besteht, für eine versicherte Person vorübergehend kraft Gesetzes Anspruch auf Familienversicherung oder infolge vorübergehenden Wehr-, Zivil-, Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes Anspruch auf Heilfürsorge besteht. Diese Regelung findet auch Anwendung im Hinblick auf die vorstehende Tarifbedingung (Mutterschutz und Elternzeit). Bei Ableistung des Zivildienstes kann eine solche Vereinbarung für die Dauer des Zivildienstes, bei Ableistung der Wehrpflicht für die Dauer des Grundwehrdienstes oder der Wehrübung getroffen werden.

In unmittelbarem Anschluss an die Ruhenszeit ist der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung nach Maßgabe der tariflichen und der gesetzlichen Bestimmungen möglich. Bei weiterbestehender Arbeitslosigkeit kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Arbeitslosigkeit hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen (zur Anwartschaftsversicherung vgl. auch unten § 15).

Nach Beendigung der Ruhenszeit werden auch für Versicherungsfälle, die während der Ruhenszeit eingetreten sind, Tagegelder gezahlt, soweit noch tarifliche Ansprüche bestehen.

zu § 13 (6) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Die Erklärungsfrist wird auf drei Monate nach Beendigung der Versicherung verlängert.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränkt werden.
- (4) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird. Das gilt nicht für den Fall des § 13 Abs. 3.

zu § 14 (1) Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn neben der Krankentagegeldversicherung eine private Krankheitskostenvollversicherung oder eine gesetzliche Krankenversicherung ohne Krankengeldanspruch besteht.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen
- a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;
- b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens, sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen.
- d) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;

- e) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten oder einen wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Abs. 1 Buchstabe b) beendeten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

zu § 15 Wechsel der beruflichen Tätigkeit

Beim Wechsel der beruflichen Tätigkeit einer versicherten Person hat der Versicherungsnehmer das Recht, insoweit die Fortsetzung der Versicherung in demselben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

zu § 15 (1) a) und b) Ende des Versicherungsverhältnisses bei Arbeitslosigkeit bzw. Berufsunfähigkeit

Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalls berufsunfähig oder arbeitslos, ohne Anspruch auf gesetzliche Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens mit Ablauf des sechsten Monats nach Eintritt der Berufsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit.

Eine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 15 (1) b) liegt auch dann vor, wenn ein gesetzlicher oder privater Versicherungsträger Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung festgestellt hat.

Das Ende des Versicherungsverhältnisses bei Arbeitslosigkeit setzt voraus, dass die versicherte Person eine neue Tätigkeit als Arbeitnehmer nicht mehr aufnehmen will oder aufgrund objektiver Umstände festgestellt werden kann, dass die Arbeitssuche trotz ernsthafter Bemühungen ohne Erfolg bleiben wird.

zu § 15 (1) b) und (2) Anwartschaft

Wird das Versicherungsverhältnis wegen Eintritt der Berufsunfähigkeit, wegen Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente oder wegen Arbeitslosigkeit beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer dieser Ereignisse hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Beginn bzw. Eintritt des Ereignisses, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen. Das Recht, einen gekündigten Vertrag nach Maßgabe von § 15 Abs. 2 in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, bleibt unberührt.

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch 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.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang

Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) [in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung]

§ 1 Form und Voraussetzungen

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

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

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

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

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

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

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

§ 19 Anzeigepflicht

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

(1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.

(2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

Teil III Tarif KTSU – Gültig ab 1. Januar 2018 (Krankentagegeldversicherung für Selbstständige)

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KT 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Selbstständige und freiberuflich Tätige, die eine selbstständige Erwerbstätigkeit ausüben und aus dieser regelmäßige Einkünfte beziehen.

Nicht versicherungsfähig ist der Verdienstausschlag aus nebenberuflichen Tätigkeiten, geringfügigen Tätigkeiten sowie aus Saisontätigkeiten und Zeitverhältnissen, es sei denn, der Versicherer stimmt einer Versicherungsfähigkeit zu.

Versichertes Krankentagegeld

Das Krankentagegeld kann in Stufen von 5 Euro täglich vereinbart werden. Das Mindestkrankentagegeld beträgt 10 Euro.

Das vereinbarte Krankentagegeld wird für jeden Tag der 100 %igen, ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit (vgl. § 1 (3) MB/KT 2009) gezahlt.

Teilarbeitsunfähigkeit

Besteht im unmittelbaren Anschluss an eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit von mindestens 6 Wochen Dauer eine Teilarbeitsunfähigkeit von mindestens 50 %, zahlt der Versicherer die Hälfte des versicherten Krankentagegeldes als Übergangsgeld, wenn nach ärztlichem Befund die teilweise Aufnahme der beruflichen Tätigkeit medizinisch angezeigt ist. Die Leistungspflicht besteht längstens für 56 Tage.

Rehabilitationsmaßnahmen

Der Versicherer zahlt das Krankentagegeld im tariflichen Umfang auch während einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, sofern er dies vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat (vgl. AVB Teil II zu § 5 (1) g) MB/KT 2009).

Schwangerschaft

Der Versicherer zahlt das Krankentagegeld im tariflichen Umfang auch bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch oder Fehlgeburt (vgl. AVB Teil II zu § 5 (1) d) MB/KT 2009).

Entbindungspauschale

Der Versicherer zahlt der versicherten Person für jede Entbindung unabhängig von der tariflichen Karenzzeit nach Vorlage der amtlichen Geburtsurkunde eine einmalige Pauschale in Höhe des zehnfachen versicherten Krankentagegeldsatzes.

Beginn der Leistungspflicht

Die Leistungspflicht beginnt ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit oder der Schutzfristen nach § 3 (1) und (2) Mutterschutzgesetz und der Entbindung.

Tritt innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, werden die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.

Tritt während einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit, Unfallfolge oder die Mutterschutzzeiten (entsprechend § 3 (1) und (2) Mutterschutzgesetz bzw. die Entbindung ein, gilt hierfür keine neue Karenzzeit.

Bei medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung während einer Arbeitsunfähigkeit wird das vereinbarte Krankentagegeld bereits ab dem 6. Tag des Krankenhausaufenthaltes für die gesamte weitere Dauer der 100 %igen Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag werden jeweils als vollstationärer Aufenthaltstag im Krankenhaus gerechnet.

Nicht anrechenbar auf die verkürzte Karenzzeit sind:

- Abwesenheitstage bei vollstationärem Aufenthalt und Tage teilstationärer Behandlung (weniger als 24 Stunden je Tag).
- Aufenthaltstage in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, es sei denn, der Versicherer hat vor der Behandlung die Anrechenbarkeit schriftlich zugesagt. Anrechenbar sind bei einer Tbc-Erkrankung vollstationäre Behandlungen in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien.

Verschiedene Krankenhausaufenthalte im unmittelbaren Anschluss aneinander wegen desselben Versicherungsfalles werden als ein einheitlicher, nicht unterbrochener Krankenhausaufenthalt gewertet. Zeitlich getrennte Krankenhausaufenthalte, auch wegen desselben Versicherungsfalles, werden nicht zusammengefasst.

Beendigung der Krankentagegeldversicherung

Die Krankentagegeldversicherung endet spätestens mit Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet. Das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen, bleibt unberührt (vgl. § 15 (1) c) MB/KT 2009).

Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KT 2009).

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung

Stand 1. Januar 2024

I. Bedingungsteil (MB/PPV 2024)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, und mit mindestens der in Absatz 6 festgelegten Schwere bestehen.

Ein Versicherungsfall für Leistungen nach § 4 Abs. 14 i.V.m. § 3 Abs. 6 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) liegt auch dann vor, wenn eine Erkrankung der versicherten Person im Sinne des § 3 Abs. 6 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) besteht.

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

- 1. Mobilität:** Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
- 2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten:** Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligungen an einem Gespräch;
- 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:** motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerrelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerrelevante inadäquate Handlungen;
- 4. Selbstversorgung:** Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettensituhles, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
- 5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:**
 - a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
 - b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
 - c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
 - d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
- 6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:** Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds. Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der vorstehend genannten Bereiche berücksichtigt.

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

(5) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in Absatz 3 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 zu § 15 Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – (siehe Anhang) dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage

1 zu § 15 SGB XI (siehe Anhang) ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in der Anlage 2 zu § 15 SGB XI (siehe Anhang) festgelegten Produktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in der Anlage 2 zu § 15 SGB XI (siehe Anhang) festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(6) Zur Ermittlung des Pflegegrads sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in der Anlage 1 zu § 15 SGB XI (siehe Anhang) festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch die Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

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

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

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

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

(10) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 6, 7 und 9 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

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

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

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

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

(14) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

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

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge ab Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt für einen Elternteil eine Versicherungsdauer von mindestens drei Monaten erfüllt ist. Die Wartezeit nach § 3 gilt bei Neugeborenen als erfüllt, wenn am Tage der Geburt für einen Elternteil die Wartezeit gemäß § 3 erfüllt ist. Die Anmeldung zur Versicherung soll spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgen.

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

§ 3 Wartezeit

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

(2) Sie beträgt bei erstmaliger Stellung eines Leistungsantrages zwei Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten zehn Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens zwei Jahre bestanden haben muss.

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

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

A. Leistungen bei häuslicher Pflege

(1) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 erhalten bei häuslicher Pflege Ersatz von Aufwendungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie für Hilfe bei der Haushaltsführung (häusliche Pflegehilfe) gemäß Nr.1 des Tarifs PV. Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 1 Abs. 3 genannten Bereichen. Leistungen der häuslichen Pflegehilfe werden auch erbracht, wenn die versicherte Person nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt wird; keine Leistungspflicht besteht jedoch bei häuslicher Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim) oder in einer Einrichtung oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 SGB XI (siehe Anhang) sowie im Krankenhaus. Für versicherte Personen im Sinne des § 145 SGB XI (siehe Anhang) gelten die dort genannten Besitzstandsschutzregelungen.

Häusliche Pflegehilfe umfasst Leistungen, die darauf abzielen, Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der versicherten Person so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegfachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere

1. bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von Gefährdungen,
2. bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie
3. durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.

Die häusliche Pflegehilfe muss durch geeignete Pflegekräfte erbracht werden, die entweder von einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind oder die als Einzelpflegekräfte die Voraussetzungen des § 71 Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) erfüllen und deshalb von einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung nach § 77 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) oder einem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflegepflichtversicherung betreibt, anerkannt worden sind. Verwandte oder Verschwägerter der versicherten Person bis zum dritten Grad sowie Personen, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, werden nicht als Einzelpflegekräfte anerkannt. Ein ambulanter Betreuungsdienst im Sinne des § 71 Abs. 1a SGB XI (siehe Anhang) kann nur pflegerische Betreuungsleistungen und Hilfen bei der der Haushaltsführung erbringen.

Mehrere versicherte Personen können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen.

(2) Anstelle von Aufwendungsersatz für häusliche Pflegehilfe gemäß Absatz 1 können versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 ein Pflegegeld gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes

wird während einer Verhinderungspflege nach Absatz 6 für bis zu sechs Wochen und während einer Kurzzeitpflege nach Absatz 10 für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

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

(3a) Versicherte Personen in stationären Einrichtungen im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI (siehe Anhang), in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 43a SGB XI – siehe Anhang), haben Anspruch auf Pflegegeld gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden. Dies gilt auch für versicherte Personen in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI (siehe Anhang), die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des Sozialgesetzbuch (SGB) – Neuntes Buch (IX) erhalten.

(4) Versicherte Personen, die Pflegegeld nach Absatz 2 beziehen, sind verpflichtet,

- a) bei Pflegegrad 2 und 3 einmal halbjährlich,
- b) bei Pflegegrad 4 und 5 einmal vierteljährlich

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch einen zugelassenen Pflegedienst, mit dem ein Versorgungsvertrag nach dem SGB XI besteht oder der von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannt worden ist, oder, sofern dies durch einen zugelassenen Pflegedienst vor Ort nicht gewährleistet werden kann, durch eine von dem Träger der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragte, jedoch von ihm nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung kann auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz, anerkannte Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegfachliche Kompetenz aufweisen, sowie durch Pflegeberater der privaten Pflegepflichtversicherung gemäß Absatz 18 erfolgen. Aufwendungen für die Beratung werden gemäß Nr. 2.2 des Tarifs PV erstattet. Ruft die versicherte Person die Beratung nicht ab, so wird das Pflegegeld angemessen gekürzt und im Wiederholungsfall die Zahlung eingestellt.

Versicherte Personen mit Pflegegrad 1 und versicherte Personen, die häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 beziehen, können halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Die Aufwendungen werden gemäß Nr. 2.2 des Tarifs PV erstattet. Eine Beratung durch einen Betreuungsdienst nach § 71 Abs. 1a SGB XI (siehe Anhang) ist nicht erstattungsfähig.

Auf Wunsch der versicherten Person erfolgt im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 30. Juni 2024 jede zweite Beratung per Videokonferenz. Bei der Durchführung der Videokonferenz sind die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten. Die erstmalige Beratung nach den Sätzen 1 und 5 hat in der eigenen Häuslichkeit zu erfolgen.

(5) Nimmt die versicherte Person Aufwendungsersatz nach Absatz 1 nur teilweise in Anspruch, erhält sie unter den in Absatz 2 genannten Voraussetzungen daneben ein anteiliges Pflegegeld. Das Pflegegeld wird um den Prozentsatz vermindert, in dem die versicherte Person Aufwendungsersatz in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis sie Pflegegeld und Aufwendungsersatz in Anspruch nehmen will, ist die versicherte Person für die Dauer von sechs Monaten gebunden. Eine Minderung erfolgt insoweit nicht, als die versicherte Person Leistungen nach Nr. 7.2 des Tarifs PV erhalten hat.

(6) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, werden Aufwendungen einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr gemäß Nr. 3 des Tarifs PV erstattet. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die versicherte Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat und zum Zeitpunkt der Verhinderung bei der versicherten Person mindestens Pflegegrad 2 vorliegt.

(6a) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege einer versicherten Person der Pflegegrade 4 oder 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, gehindert, erstattet der Versicherer abweichend von Absatz 6 Satz 1 die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens acht Wochen je Kalenderjahr gemäß Nr. 3 des Tarifs PV. Abweichend von Absatz 6 Satz 2 ist es dabei nicht erforderlich, dass die Pflegeperson die versicherte Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.

In dem in Satz 1 genannten Fall der Verhinderung wird abweichend von Absatz 2 Satz 3 die Hälfte eines bisher bezogenen Pflegegeldes für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr fortgewährt. Dies gilt entsprechend für ein vor Beginn der Ersatzpflege bezogenes anteiliges Pflegegeld nach Absatz 5. Dieser Absatz gilt bis zum 30. Juni 2025.

(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 Selbstständige Lebensführung ermöglichen und die Versorgung notwendig ist. Entscheiden sich versicherte Personen für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 Sozialgesetzbuch (SGB) – Fünftes Buch (V) – (siehe Anhang) gilt entsprechend.

Der Anspruch umfasst auch den Ersatz von Aufwendungen für die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.

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

Pflegefachkräfte können im Rahmen ihrer Leistungserbringung für häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 oder im Rahmen eines Beratungseinsatzes nach Absatz 4 konkrete Empfehlung zur Pflegehilfsmittelversorgung nach Satz 1 abgeben, die Notwendigkeit und die Erforderlichkeit der Versorgung werden hierbei vermutet. Die Empfehlung darf bei der Antragsstellung nicht älter als zwei Wochen sein.

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 die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst Selbstständige Lebensführung der versicherten Person wiederhergestellt wird.

Der Versicherer entscheidet über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen der medizinische Dienste der privaten Pflegepflichtversicherung beteiligt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang. Kann der Versicherer diese Fristen nicht einhalten, teilt er dies unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

(7a) Versicherte pflegebedürftige Personen haben einen Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag gemäß Nr. 13 des Tarifs PV, wenn

1. sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere pflegebedürftig sind,
2. sie Leistungen nach den Absätzen 1, 2, 5, 16 oder 17 beziehen; pflegebedürftige Personen in Pflegegrad 1 müssen diese Voraussetzung nicht erfüllen,
3. in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Person durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen, und
4. keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen.

Leistungen nach Absatz 8 können zusätzlich zu diesem Zuschlag nur in Anspruch genommen werden, wenn sich aus den Feststellungen nach § 6 ergibt, dass die Pflege in einer ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist.

B. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)

(8) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei teilstationärer Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist, Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie für sonstige Leistungen gemäß Nr. 5 des Tarifs PV. Allgemeine Pflegeleistungen sind die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung für alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung. Der Anspruch setzt voraus, dass stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) in Anspruch genommen werden. Das sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) oder tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht und 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) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 können Leistungen nach Absatz 8 zusätzlich zu den Leistungen nach Absätzen 1, 2 und 5 in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

C. Kurzzeitpflege

(10) Kann häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 gemäß Nr. 6 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige Leistungen in einer vollstationären Einrichtung. Absatz 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, haben in begründeten Einzelfällen Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.

Die Leistungen werden

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

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen beschränkt.

D. Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen

(11) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben gemäß Nr. 7.1 und 7.2 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie sonstige Leistungen in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Absatz 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. Erstattungsfähig ist gemäß Nr. 7.3 des Tarifs PV auch ein von der vollstationären Pflegeeinrichtung berechnetes zusätzliches Entgelt, wenn

die versicherte Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt.

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

Versicherte Personen mit Pflegegrad 1 haben Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen gemäß Nr. 7.5 des Tarifs PV.

(12) Versicherte Personen in stationärer Pflege haben Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht, gemäß Nr. 7.4 des Tarifs PV. Versicherte Personen in vollstationären Pflegeeinrichtungen haben zudem Anspruch auf Ersatz von zusätzlichen Aufwendungen zur Pflegevergütung (Vergütungszuschlag) für die Unterstützung der Leistungserbringung durch zusätzliches Pflegehilfskräftpersonal.

(12a) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben ab dem 1. Januar 2022 einen Anspruch auf einen Leistungszuschlag zur Begrenzung des zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen bei vollstationärer Pflege gemäß Nr. 7.6 des Tarifs PV.

E. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

(13) Für Pflegepersonen, die regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind und eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 ehrenamtlich wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche in ihrer häuslichen Umgebung pflegen, zahlt der Versicherer Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder auf Antrag an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung sowie an die Bundesagentur für Arbeit gemäß Nr. 8 des Tarifs PV. Die Feststellungen nach § 6 Abs. 2 umfassen dazu auch Ermittlungen, ob die Pflegeperson eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche pflegt. Wird die Pflege eines Pflegebedürftigen von mehreren Pflegepersonen erbracht (Mehrfachpflege), wird zudem der Umfang der jeweiligen Pflegeetätigkeit je Pflegeperson im Verhältnis zum Umfang der von der Pflegeperson zu leistenden Pflegeetätigkeit insgesamt (Gesamtpflegeaufwand) ermittelt. Dabei werden die Angaben der beteiligten Pflegepersonen zugrunde gelegt. Werden keine oder keine übereinstimmenden Angaben gemacht, erfolgt eine Aufteilung zu gleichen Teilen. Die Feststellungen zu den Pflegezeiten und zum Pflegeaufwand der Pflegeperson sowie bei Mehrfachpflege zum Einzel- und Gesamtaufwand trifft der Versicherer. Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr unterbricht die Beitragszahlung nicht. Üben mehrere Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, richtet sich die Höhe des vom Versicherer zu entrichtenden Beitrags nach dem Verhältnis des Umfangs der jeweiligen Pflegeetätigkeit der Pflegeperson zum Umfang der Pflegeetätigkeit insgesamt.

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

Für Pflegepersonen, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 ehrenamtlich wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche in ihrer häuslichen Umgebung pflegen, zahlt der Versicherer Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit gemäß Nr. 8 des Tarifs PV.

F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

(14) Für Pflegepersonen, die als Beschäftigte gemäß § 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt werden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne von § 8 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) – Viertes Buch (IV) – (siehe Anhang) wird, zahlt der Versicherer nach Maßgabe von Nr. 9.1 des Tarifs PV auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung.

(14a) Für Beschäftigte im Sinne des § 7 Abs. 1 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang), die für eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung von ihrem Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletzengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 SGB V (siehe Anhang) oder nach § 45 Abs. 4 Sozialgesetzbuch (SGB) – Siebtes Buch (VII) – (siehe Anhang) beanspruchen können und nahe Angehörige nach § 7 Abs. 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) der versicherten Person sind, zahlt der Versicherer einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr nach Nr. 9.2 des Tarifs PV.

(14b) Für landwirtschaftliche Unternehmer im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 und 2 KVLG 1989 (siehe Anhang), die an der Führung des Unternehmens gehindert sind, weil sie für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen (versicherte Person) in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherstellen, zahlt der Versicherer anstelle des Pflegeunterstützungsgeldes bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr Betriebshilfe nach Nr. 9.3 des Tarifs PV.

G. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

(15) Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegeetätigkeit interessierte Personen können Schulungskurse besuchen. Diese dienen dem Ziel, soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Diese Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Schulung soll auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person auch in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person stattfinden. Der Umfang der Leistungen des Versicherers ergibt sich aus Nr. 10 des Tarifs PV.

H. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag

(16) Versicherte Personen in häuslicher Pflege haben Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für qualitätsgesicherte und entsprechend zertifizierte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegenden sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der versicherten Personen bei der Gestaltung des Alltags gemäß Nr. 11 des Tarifs PV. Der Ersatz der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für Leistungen nach der Nr. 11 a) bis d) des Tarifs PV Mittel der Ersatzpflege (Absatz 6) eingesetzt werden.

(17) Soweit Versicherte mit mindestens Pflegegrad 2 in dem jeweiligen Kalendermonat keine Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach Nr. 1 des Tarifs PV bezogen haben, können sie Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch nehmen. Solche Leistungen werden auf den Anspruch des Versicherten auf häusliche Pflegehilfe angerechnet. Der verwendete Betrag darf je Kalendermonat nicht mehr als 40 Prozent des für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrages für Leistungen der häuslichen Pflegehilfe betragen. Die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistungen nach Absatz 5 gilt die Erstattung der Aufwendungen als Inanspruchnahme derjenigen Leistungen, die der versicherten Person bei häuslicher Pflege nach Nr. 1 des Tarifs PV zustehen. Bezieht die versicherte Person die Leistung nach Satz 1, so gilt die Beratungspflicht nach Absatz 4 entsprechend. Wenn die versicherte Person die Beratung nicht abrufen, gilt Absatz 4 Satz 4 mit der Maßgabe, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenersatzung nach Satz 1 erfolgt.

I. Pflegeberatung

(18) Versicherte Personen haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Versicherungs- und Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind.

Der Anspruch umfasst insbesondere

- a) die systematische Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung nach § 6 Abs. 2 sowie, wenn die versicherte Person zustimmt, der Beratung nach Absatz 4,
- b) die Erstellung eines individuellen Pflege- und Hilfekonzepts mit den im Einzelfall erforderlichen Versicherungs- und Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen,
- c) das Hinwirken auf die für die Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts erforderlichen Maßnahmen,
- d) die Überwachung der Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts und erforderlichenfalls eine Anpassung an eine veränderte Bedarfslage,
- e) bei besonders komplexen Fallgestaltungen die Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses sowie
- f) die Information über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen.

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

Versicherte Personen haben Anspruch darauf, dass der Versicherer ihnen unmittelbar nach Eingang eines Antrags auf Leistungen aus dieser Versicherung entweder

- a) unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anbietet, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist,
- oder
- b) einen Beratungsgutschein ausstellt, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten des Versicherers innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann.

Dabei ist ausdrücklich auf die Möglichkeiten eines individuellen Pflege- und Hilfekonzepts hinzuweisen und über dessen Nutzen aufzuklären.

Die Pflegeberatung kann auf Wunsch der versicherten Person dort, wo die Pflege durchgeführt wird, oder telefonisch erfolgen, dies auch nach Ablauf der zuvor genannten Frist. Auf Wunsch der versicherten Person erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung. Die Pflegeberatung kann auf Wunsch der versicherten Person durch barrierefreie digitale Angebote ergänzt werden und mittels barrierefreier digitaler Anwendungen erfolgen.

J. Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

(19) Versicherte Personen, die Anspruch auf Leistungen nach Absatz 7a haben und die an der gemeinsamen Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe beteiligt sind, haben zusätzlich zu dem Betrag nach Nr. 13 des Tarifs PV einmalig zur altersgerechten und barrierearmen Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung einen Anspruch auf einen Förderbetrag nach Nr. 14 des Tarifs PV. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen und die Gründung nachzuweisen. Die Umgestaltungsmaßnahme kann auch vor der Gründung und dem Einzug erfolgen. Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesamt für Soziale Sicherung den Pflegekassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht worden ist.

K. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen

(20) Versicherte Personen haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen. Digitale Pflegeanwendungen sind Anwendungen, die wesentlich auf digitalen Technologien beruhen und von den versicherten Personen oder in der Interaktion von versicherten Personen, Angehörigen, sonstigen ehrenamtlichen Pflegenden oder zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen genutzt werden, um Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegen-

zuwirken, soweit die Aufwendungen für die Anwendung nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der privaten Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu tragen sind. Digitale Pflegeanwendungen sind auch solche Anwendungen, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegenden in den in § 1 Absatz 3 genannten Bereichen oder bei der Haushaltsführung unterstützen und die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen stabilisieren. Keine digitalen Pflegeanwendungen sind insbesondere Anwendungen, deren Zweck dem allgemeinen Lebensbedarf oder der allgemeinen Lebensführung dient, sowie Anwendungen zur Arbeitsorganisation von ambulanten Pflegeeinrichtungen, zur Wissensvermittlung, Information oder Kommunikation, zur Beantragung oder Verwaltung von Leistungen oder andere digitale Anwendungen, die ausschließlich auf Auskunft oder Beratung zur Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen oder sonstigen Hilfsangeboten ausgerichtet sind. Sofern digitale Pflegeanwendungen nach den geltenden medizinprodukterechtlichen Vorschriften Medizinprodukte sind, umfasst der Anspruch nur digitale Pflegeanwendungen, die als Medizinprodukte niedriger Risikoklassen zu klassifizieren sind.

Der Versicherer entscheidet auf Antrag über die Notwendigkeit der Versorgung der versicherten Person mit einer digitalen Pflegeanwendung. Die erstmalige Bewilligung ist für höchstens sechs Monate zu befristen. Ergibt die während der Befristung durchzuführende Prüfung, dass die digitale Pflegeanwendung genutzt und die Zwecksetzung der Versorgung mit der digitalen Pflegeanwendung bezogen auf die konkrete Versorgungssituation erreicht wird, ist eine unbefristete Bewilligung zu erteilen.

(21) Versicherte Personen haben bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen, deren Erforderlichkeit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 78a Abs. 5 Satz 6 SGB XI (siehe Anhang) festgestellt hat, durch zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen.

(22) Der Umfang der Leistungen des Versicherers nach Absatz 20 und 21 ergibt sich aus Nr. 15 des Tarifs PV.

L. Pflegerische Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme durch die Pflegeperson

(23) Versicherte Personen haben ab dem 1. Juli 2024 Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung nach § 23 Abs. 4 Satz 1 SGB V (siehe Anhang), nach § 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) oder nach § 15 Abs. 2 SGB VI (siehe Anhang) oder eine vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme von einer Pflegeperson der versicherten Person in Anspruch genommen werden. Leistungen nach dieser Vorschrift werden nur erbracht, wenn kein Anspruch auf Versorgung der versicherten Person nach § 40 Abs. 3a Satz 1 SGB V (siehe Anhang) besteht.

(24) Der Anspruch nach Absatz 23 setzt voraus, dass die pflegerische Versorgung der versicherten Person in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Leistungen zur stationären Vorsorge oder zur medizinischen Rehabilitation sichergestellt ist. Kann die pflegerische Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht sichergestellt werden, kann der Anspruch auch in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung wahrgenommen werden.

(25) Der Umfang der Leistungen des Versicherers nach den Absätzen 23 und 24 ergibt sich aus Nr. 16 des Tarifs PV

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht:

- a) solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr werden Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen jedoch weiter erbracht; der Anspruch auf Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Abs. 5 ruht nicht bei Aufenthalt der versicherten Person in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz. Aufwendersatz 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 aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(2) Bei häuslicher Pflege entfällt die Leistungspflicht ferner:

- a) soweit versicherte Personen aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Leistungen nach § 4 Abs. 1 Satz 1 haben. Pflegegeld nach § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Abs. 5 in den ersten vier Wochen der häuslichen Krankenpflege sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen werden jedoch im tariflichen Umfang erbracht; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Abs. 6 Satz 1 Sozialgesetzbuch (SGB) – Zwölftes Buch (XII) – (siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt;
- b) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen, für die Dauer des stationären Aufenthaltes in einer Einrichtung der Hilfe für die Pflege von Menschen mit Behinderungen gemäß § 4 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2 und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht. Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs.

5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen werden in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation jedoch weitergezahlt, dies gilt für das Pflegegeld nach § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Abs. 5 auch bei einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V – (siehe Anhang); bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Abs. 4 Satz 2 SGB XII – (siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weitergezahlt;

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

(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 2 1. Halbsatz ruht der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege einschließlich des Pflegegeldes oder anteiligen Pflegegeldes, solange sich die Pflegeperson in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung befindet und der Pflegebedürftige nach § 4 Abs. 23 S. 1 versorgt wird; Absatz 2 Buchstabe b) Satz 2 2. Halbsatz bleibt unberührt und Absatz 2 Buchstabe b) Satz 2 1. Halbsatz bleibt in Bezug auf die soziale Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung von Pflegepersonen unberührt.

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

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

§ 5a Leistungsausschluss

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen nach Deutschland begeben, um in einer privaten Pflegepflichtversicherung, in die sie aufgrund einer nach § 404 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 nicht im Kalendermonat gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass eine vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.

(2) Eintritt, Grad und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Vermeidung, Überwindung, Minderung oder Verhinderung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt oder durch einen Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung festzustellen. Hierbei hat dieser auch konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Die Empfehlung gilt hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen gemäß § 4 Abs. 7 Satz 1 dienen, jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherungsnehmer bzw. die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person zustimmt. Die Feststellungen nach Satz 1 enthalten ggf. auch solche nach § 4 Abs. 7a Satz 2 zur teilstationären Pflege in ambulant betreuten Wohngruppen oder Ergebnisse der Leistungen der sozialen Sicherung von Pflegepersonen erhobenen Ermittlungen nach § 4 Abs. 13. Die Feststellungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation sind dabei in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt. Mit der Durchführung der Untersuchungen kann der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragt werden. Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder den Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung untersuchen zu lassen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern oder die Leistungsgewährung einstellen. Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht oder bei einer Krisensituation von nationaler Tragweite oder, bezogen auf den Aufenthaltsort der versicherten Person, von regionaler Tragweite der Antrag auf Pflegeleistungen während der Krisensituation gestellt wird oder ein Untersuchungstermin, der bereits vereinbart war, in den Zeitraum einer Krisensituation fällt. Unter Maßgabe der Regelungen nach § 142a SGB XI (siehe Anhang) kann die Untersuchung im Wohnbereich durch ein strukturiertes telefonisches Interview ergänzt oder ersetzt werden.

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

Die versicherte Person hat gegen den Versicherer Anspruch auf Übermittlung der schriftlichen Ergebnisse nach den Sätzen 1 und 2, der gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung nach Satz 5 und einer auf die

Präventions- und Rehabilitationsempfehlung bezogenen umfassenden und begründeten Stellungnahme des Versicherers.

(2a) Erfolgt die Leistungsmittelteilung durch den Versicherer nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrages auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder wird eine der nachstehend in Absatz 2b oder 2c genannten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat der Versicherte für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung Anspruch auf eine zusätzliche Zahlung gemäß Nr. 12 des Tarifs PV. Dies gilt nicht, wenn der Versicherer die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich die versicherte Person in vollstationärer Pflege befindet und bei ihr bereits mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt worden sind. Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den der Versicherer nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 so lange unterbrochen, bis die Verzögerung beendet ist; mit Beendigung der Verzögerung läuft die Frist weiter. Die Frist nach Satz 1 beginnt mit der Antragstellung gemäß § 6 Abs. 1. Der Lauf der Frist von 25 Arbeitstagen nach Satz 1 bleibt von einer Entscheidung des Versicherers nach Absatz 2b oder Absatz 2c unberührt. Wird die versicherte Person von dem Versicherer aufgefordert, zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit noch zwingend erforderliche Unterlagen einzureichen, so sind die Fristen nach Satz 1 und Absatz 2b und 2c so lange unterbrochen, bis die geforderten Unterlagen bei dem Versicherer eingegangen sind; mit Eingang der Unterlagen läuft die Frist weiter. Die Unterbrechung beginnt mit dem Tag, an dem die versicherte Person die Aufforderung zur Einreichung der noch fehlenden Unterlagen zugeht.

(2b) Die Begutachtung ist unverzüglich, spätestens am fünften Arbeitstag nach Eingang des Antrags bei dem Versicherer durchzuführen, wenn sich die versicherte Person im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet und

1. Hinweise vorliegen, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
 2. die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde oder
 3. mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 Familienpflegezeitgesetz (siehe Anhang) vereinbart wurde.
- Die verkürzte Begutachtungsfrist nach Satz 1 gilt auch dann, wenn die versicherte Person sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

(2c) Befindet sich die versicherte Person in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 Familienpflegezeitgesetz (siehe Anhang) vereinbart, so ist eine Begutachtung der versicherten Person spätestens innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang des Antrags bei dem Versicherer durchzuführen.

(2d) In den Fällen der Absätze 2b und 2c muss die Feststellung nach Absatz 2 nur beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit nach § 1 Abs. 2 ff. vorliegt und ob mindestens die Voraussetzungen des Pflegegrades 2 erfüllt sind. Die abschließende Begutachtung der versicherten Person ist unverzüglich nachzuholen. Nimmt die versicherte Person unmittelbar im Anschluss an den Aufenthalt in einem Krankenhaus oder im Anschluss an den Aufenthalt in einer stationären Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch, hat die abschließende Begutachtung spätestens am zehnten Arbeitstag nach Beginn der Kurzzeitpflege in dieser Einrichtung zu erfolgen.

(3) Wenn und soweit im Rahmen der Feststellungen nach Absatz 2 eine Verringerung der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten zu erwarten ist, können die Zuordnung zu einem Pflegegrad und die Bewilligung von Leistungen befristet werden und enden dann mit Ablauf der Frist. Die Befristung kann wiederholt werden und schließt Änderungen bei der Zuordnung zu einem Pflegegrad und 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. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

§ 8 Beitragszahlung

(1) Vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 ist für jede versicherte Person ein Beitrag zu zahlen. Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und am Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag ist an die vom Versicherer bezeichnete Stelle zu entrichten.

(2) Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Person sowie die Kinder von beitragsfrei versicherten Kindern sind beitragsfrei versichert, wenn sie

- nicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 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 Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; ab dem 1. Oktober 2022 ist für Kinder, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 oder § 8a SGB IV (siehe Anhang) in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 SGB IV (siehe Anhang) ausüben, ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig. Das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, bleibt außer Betracht.

(3) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern

- 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 Jugendfreiwilligendienstgesetzes leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt auch bei einer Unterbrechung für die Dauer von höchstens zwölf Monaten durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes (siehe Anhang), einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Abs. 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes (siehe Anhang); wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres,
- 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 innerhalb der Altersgrenzen nach Buchstaben a), b) oder c) beitragsfrei versichert war oder die beitragsfreie Versicherung nur wegen einer Pflichtversicherung nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 SGB XI (siehe Anhang) oder § 20 Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) ausgeschlossen war.

Als Kinder im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten auch Stiefkinder und Enkel, die die versicherte Person überwiegend unterhält, sowie Personen, die mit der versicherten Person durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Kinder mit Eltern verbunden sind (Pflegekinder). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht als Kinder der leiblichen Eltern. Die Beitragsfreiheit nach Buchstaben a), b) und c) bleibt bei Personen, die aufgrund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten, für die Dauer des Dienstes bestehen.

(4) Die Beitragsfreiheit nach den Absätzen 2 und 3 besteht auch dann, wenn die Eltern und das Kind bei unterschiedlichen privaten Versicherern versichert sind. Die Beitragsfreiheit für Kinder endet zum Ersten des Monats, in dem sie eine Erwerbstätigkeit aufnehmen.

(5) Für versicherte Personen, die über eine ununterbrochene Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in der privaten Pflegepflichtversicherung oder in der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen verfügen, wird der zu zahlende Beitrag auf den jeweiligen Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung begrenzt; dieser bemisst sich nach dem durch Gesetz festgesetzten bundeseinheitlichen Beitragssatz und der Beitragsbemessungsgrenze gemäß § 55 Abs. 1 und 2 SGB XI (siehe Anhang). Für Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe oder auf freie Heilfürsorge haben, wird der Beitrag unter den Voraussetzungen des Satzes 1 auf 50 Prozent des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt.

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

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

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

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

§ 8a Beitragsberechnung

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

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

(3) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird.

Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwerdens 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.

(5) Der Versicherer kann für den Zeitraum vom 1. Juli 2021 bis zum 31. Dezember 2022 für bestehende Vertragsverhältnisse über den Beitrag hinaus einen monatlichen Zuschlag zur Finanzierung pandemiebedingter Mehrausgaben nach Maßgabe des § 110a SGB XI (siehe Anhang) erheben.

§ 8b Beitragsänderungen

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen, aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend werden anhand einer Statistik der Pflegepflichtversicherung jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten verglichen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Veränderung von mehr als fünf Prozent, so werden die Beiträge überprüft und, soweit erforderlich sowie vorbehaltlich der Höchstbeitragsgarantie gemäß § 8 Abs. 5, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst.

Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrundeliegenden gesetzlichen Bestimmungen (vgl. § 1 Abs. 12), ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge im Rahmen der Höchstbeitragsgarantie mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend dem veränderten Bedarf zu erhöhen oder zu verringern. Bei verringertem Bedarf ist der Versicherer zur Anpassung insoweit verpflichtet.

(2) (entfallen)

(3) Anpassungen nach Absatz 1 sowie Änderungen von eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

(4) Sind die monatlichen Beiträge infolge der Höchstbeitragsgarantie gegenüber den nach den technischen Berechnungsgrundlagen notwendigen Beiträgen gekürzt, so können diese Beiträge abweichend von Absatz 1 bei einer Veränderung der Beitragsbemessungsgrenzen oder des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung an den daraus sich ergebenden geänderten Höchstbeitrag angeglichen werden.

(5) Angleichungen gemäß Absatz 4 an den geänderten Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung werden zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des geänderten Höchstbeitrags wirksam, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

§ 9 Obliegenheiten

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

(2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Abs. 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung 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. 1 b).

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

(4) Der Versicherungsnehmer hat die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit durch beitragsfrei mitversicherte Kinder unverzüglich in Textform anzuzeigen.

(5) Der Abschluss einer weiteren privaten Pflegepflichtversicherung bei einem anderen Versicherer ist nicht zulässig. Tritt für eine versicherte Person Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ein, ist der Versicherer unverzüglich in Textform zu unterrichten.

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Unbeschadet des Kündigungsrechts gemäß § 14 Abs. 2 ist der Versicherer mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn und solange eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt ist.
- (2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.
- (3) Entstehen dem Versicherer durch eine Verletzung der Pflichten nach § 9 Abs. 3, 4 und 6 zusätzliche Aufwendungen, kann er vom Versicherungsnehmer oder von der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person dafür Ersatz verlangen.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Endet die für eine versicherte Person bestehende Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung, z. B. wegen Eintritts der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nach § 20 oder § 21 SGB XI (siehe Anhang), wegen Beendigung der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen oder wegen Beendigung einer der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) genügenden privaten Krankenversicherung, deren Fortführung bei einem anderen Versicherer oder wegen Wegfall sonstiger die Versicherungspflicht der versicherten Person begründender Voraussetzungen, so kann der Versicherungsnehmer die private Pflegepflichtversicherung dieser Person binnen drei Monaten seit Beendigung der Versicherungspflicht rückwirkend zu deren Ende kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er das Ende der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses zu. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung gleich.
- (2) Bei fortbestehender Versicherungspflicht wird eine Kündigung erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.
- (3) Bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses und gleichzeitigem Abschluss eines neuen Vertrages der privaten Pflegepflichtversicherung kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die für die versicherte Person kalkulierte Alterungsrückstellung in Höhe des Übertragungswertes nach Maßgabe von § 14 Abs. 6 Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (siehe Anhang) an den neuen Versicherer überträgt. Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer die zu übertragende Alterungsrückstellung bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.
- (4) Ein wegen Auslandsaufenthalt auf einer besonderen Vereinbarung gemäß § 15 Abs. 3 beruhendes Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Der Versicherungsnehmer kann ein Versicherungsverhältnis gemäß Satz 1 ferner auch unter den Voraussetzungen des § 205 Abs. 3 und 4 VVG (siehe Anhang) kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
- (5) Ein durch das Beitrittsrecht gemäß § 26 a SGB XI (siehe Anhang) begründetes Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer ferner mit einer Frist von zwei Monaten zum Monatsende kündigen.

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

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Eine Beendigung der privaten Pflegepflichtversicherung durch Kündigung oder Rücktritt seitens des Versicherers ist nicht möglich, solange der Kontrahierungszwang gemäß § 110 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 3 Nr. 1 SGB XI (siehe Anhang) besteht. Bei einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei Schließung des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht kann der Versicherer jedoch, falls mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ein Beitragszuschlag erforderlich ist, vom Beginn des Versicherungsvertrages an den höheren Beitrag verlangen. § 8 Abs. 5 bleibt unberührt.
- (2) In den Fällen des § 9 Abs. 5, § 13 Abs. 1 sowie beim Wegfall des Kontrahierungszwanges gemäß Absatz 1 Satz 1 aus sonstigen Gründen kann der Versicherer die private Pflegepflichtversicherung auch seinerseits mit den für den Versicherungsnehmer geltenden Fristen und zu dem für diesen maßgeblichen Zeitpunkt kündigen. Später kann der Versicherer nur mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Versicherungsjahres (§ 13 Abs. 6) kündigen.
- (3) Bei einem wegen Auslandsaufenthalt auf einer besonderen Vereinbarung gemäß § 15 Abs. 3 beruhenden Versicherungsverhältnis verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch die Pflicht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, wenn und solange für sie eine private Krankenversicherung mit Anspruch auf Kostenerstattung für allgemeine Krankenhausleistungen besteht. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Das Versicherungsverhältnis endet mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherungsnehmers ins Ausland, es sei denn, dass insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Ein diesbezüglicher Antrag ist spätestens innerhalb eines Monats nach Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes zu stellen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Antrag anzunehmen, falls er innerhalb der vorgesehenen Frist gestellt wurde.

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

Für versicherte Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland beibehalten, gilt Absatz 1 Satz 2 und 3 entsprechend.

- (4) Bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes einer versicherten Person ins Ausland endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Absatz 3 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet. Örtlich zuständig ist das Sozialgericht, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Sitz oder Wohnsitz oder in Ermangelung dessen seinen Aufenthaltsort hat. Steht der Versicherungsnehmer in einem Beschäftigungsverhältnis, kann er auch vor dem für den Beschäftigungsort zuständigen Sozialgericht klagen.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstgerichtliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 19 Beitragsrückerstattung

Die aus dem Abrechnungsverband private Pflegepflichtversicherung der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugeführten Mittel werden insbesondere zur Limitierung der Beiträge der versicherten Personen und zur Finanzierung von Leistungsverbesserungen verwendet.

II. Zusatzvereinbarungen

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

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

In Abweichung von

1. § 3 MB/PPV 2024 entfällt die Wartezeit;
2. § 8 Abs. 3 MB/PPV 2024 besteht Anspruch auf beitragsfreie Mitversicherung von behinderten Menschen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI die Voraussetzungen nach Buchstabe d) nicht erfüllen, diese aber erfüllt hätten, wenn die Pflegeversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung bereits bestanden hätte;
3. § 8 Abs. 5 MB/PPV 2024
 - a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis zum 22.12.2018 geltenden Fassung (siehe Anhang) auf 150 Prozent, bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75 Prozent des jeweiligen 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 Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; ab dem 1. Oktober 2022 ist für Ehegatten oder Lebenspartner, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 oder § 8a SGB IV (siehe Anhang) in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 SGB IV (siehe Anhang) ausüben, ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig. Die Voraussetzungen der Beitragsvergünstigung sind nachzuweisen; hierfür kann der Versicherer auch die Vorlage des Steuer- und des 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 Kappingsbeitrag dem anderen Ehegatten oder Lebenspartner zugerechnet;
 - b) wird ferner die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht;
4. § 8 a Abs. 2 MB/PPV 2024 erfolgt keine Erhöhung der Beiträge nach dem Gesundheitszustand des Versicherten. Die Zusatzvereinbarungen gelten auch für Personen, die sich gemäß Artikel 41 Pflege-Versicherungsgesetz (siehe Anhang) bis zum 30. Juni 1995 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung haben befreien lassen. Sie gelten ferner für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen einschließlich der Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse und der Mitglieder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten sowie für Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge, die nicht bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind, sofern zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Pflege-Versicherungsgesetzes Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung besteht.

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

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

In Abweichung von

§ 8 Abs. 5 MB/PPV 2024

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

Endet die Versicherung im Basistarif, entfallen diese Zusatzvereinbarungen für die private Pflegepflichtversicherung.

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang)

Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die Mitglied in einer in § 176 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) genannten Solidargemeinschaft sind und in Erfüllung ihrer Versicherungspflicht nach § 23 Abs.

4a SGB XI (siehe Anhang) bei einem privaten Versicherungsunternehmen zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit versichert sind, gilt zur Umsetzung des § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang) Folgendes:

Der zu zahlende Beitrag wird auf 50 Prozent des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung herabgesetzt, solange sich der Beitrag der versicherten Person zur Solidargemeinschaft nach § 176 Abs. 5 SGB V (s. Anhang) vermindert.

III. Tarifbedingungen

Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungs- (MB/PPV 2024) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung.

Leistungen der Versicherer

Tarifstufe PVN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe

Die Tarifleistungen betragen 100 Prozent der nach den Nummern 1–15 vorgesehenen Beträge.

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

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

Die Tarifleistungen betragen gemäß § 23 Abs. 3 Satz 2 SGB XI (siehe Anhang) i.V.m. § 46 Abs. 2 und 3 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV – siehe Anhang) für

1. Beihilfeberechtigte 50 Prozent
2. Personen nach Nr. 1 mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern 30 Prozent
3. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen und für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer, denen nach § 46 Abs. 3 Satz 6 BBhV (siehe Anhang) ein Beihilfebemessungssatz von 70 Prozent zusteht, 30 Prozent.
4. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner und beihilfeberechtigte Witwen und Witwer 30 Prozent.
5. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen 20 Prozent,

der in Tarifstufe PVN nach den Nummern 1–15 vorgesehenen Beträge.

Sehen die Beihilfavorschriften eines Landes bei Zahlung eines Zuschusses in Höhe von mindestens 41 Euro aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses zum Krankenversicherungsbeitrag der unter Nr. 1–5 genannten Personen eine Absenkung des Beihilfebemessungssatzes vor, so erhöhen sich die Tarifleistungen um den der Absenkung entsprechenden Prozentsatz, höchstens jedoch um 20 Prozentpunkte.

Bei der leihweisen Überlassung von technischen Pflegehilfsmitteln werden diese entweder vom Träger der Beihilfe oder vom Versicherer zur Verfügung gestellt; die dem Versicherungsnehmer insoweit gegen den anderen Kostenträger zustehenden Ansprüche gehen auf den Träger der Beihilfe oder den Versicherer über, der das technische Pflegehilfsmittel bereitgestellt hat.

1. Häusliche Pflege

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat

- a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu 761 Euro,
- b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu 1.432 Euro,
- c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu 1.778 Euro,
- d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu 2.200 Euro

erstattet.

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

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

2. Pflegegeld

2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

- a) 332 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
- b) 573 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
- c) 765 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
- d) 947 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

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

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

2.2 Für die Beratung wird der von den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung oder der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannte Betrag erstattet. Wurde für die beratende Stelle noch kein solcher Betrag vereinbart, werden für die Beratung in den Pflegegraden 1, 2, und 3 bis zu 23 Euro, in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro erstattet.

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

3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)

Aufwendungen werden im Einzelfall mit bis zu 1.612 Euro je Kalenderjahr erstattet.

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

In dem in § 4 Abs. 6a Satz 1 genannten Fall der Verhinderung gilt Satz 2 mit der Maßgabe, dass die Aufwendungen des Versicherers den Betrag des Pflegegeldes nach Nr. 2.1 des Tarifs PV für bis zu zwei Monate nicht überschreiten dürfen. In dem in § 4 Abs. 6a Satz 1 genannten Fall der Verhinderung kann der Leistungsbetrag nach Satz 1 abweichend von Satz 9, 10 sowie Satz 8 und Satz 4 in Verbindung mit Satz 9, 10 im Kalenderjahr um bis zu 100 Prozent der Mittel für eine Kurzzeitpflege nach § 4 Abs. 10 i.V.m. Nr. 6 Satz 2 des Tarifs PV erhöht werden, soweit die Mittel der Kurzzeitpflege in dem Kalenderjahr noch nicht in Anspruch genommen worden sind. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach Nr. 6 Satz 2 des Tarifs PV angerechnet.

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

Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu 806 Euro auf insgesamt bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöhen, soweit im Kalenderjahr für diesen Betrag noch keine Leistung nach Nr. 6 des Tarifs PV (Kurzzeitpflege) in Anspruch genommen wurde. Bei Inanspruchnahme des Erhöhungsbetrages vermindern sich die Leistungen nach Nr. 6 des Tarifs PV entsprechend. Wurde bei den Leistungen nach Nr. 6 des Tarifs PV bereits der Erhöhungsbetrag in Anspruch genommen, wird dieser auf die Leistungen der Ersatzpflege angerechnet, d.h. der Leistungsbetrag kann sich auch vermindern (vgl. Nr. 6 des Tarifs PV).

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

4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Der Versicherer erstattet die im Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung aufgeführten Pflegehilfsmittel. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis wird vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. regelmäßig unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts, der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts fortgeschrieben. Im Einzelfall sind Aufwendungen für im Pflegehilfsmittelverzeichnis nicht aufgeführte Pflegehilfsmittel nur dann erstattungsfähig, wenn die Voraussetzungen in § 4 Abs. 7 Satz 1 Halbsatz 2 erfüllt sind und die Pflegehilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Dabei können Pflegehilfsmittel grundsätzlich nur im Hinblick auf solche Betätigungen beansprucht werden, die für die Lebensführung im häuslichen Umfeld erforderlich sind. Von der Erstattung aus der Pflegeversicherung ausgeschlossen sind Pflegehilfsmittel, die nicht alleine oder jedenfalls schwerpunktmäßig der Pflege, sondern vorwiegend dem Behinderungsausgleich dienen.

4.1 Technische Pflegehilfsmittel werden in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Leihen versicherte Personen die leihweise Überlassung eines technischen Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Aufwendungen für das technische Pflegehilfsmittel in vollem Umfang selbst zu tragen.

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

100 Prozent

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

4.2 Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu

40 Euro

je Kalendermonat erstattet.

4.3 Die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes sind auf

4.000 Euro

je Maßnahme begrenzt.

Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung und dient der Zuschuss der Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes, ist der Zuschuss auf den Betrag begrenzt, der sich ergibt, wenn die Kosten der Maßnahme durch die Anzahl der zuschussberechtigten Bewohner geteilt wird. Dabei werden Kosten der Maßnahme von bis zu 16.000 Euro berücksichtigt. Satz 1 gilt entsprechend.

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

5. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)

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

- a) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2 bis zu 689 Euro,
 - b) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3 bis zu 1.298 Euro,
 - c) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 bis zu 1.612 Euro,
 - d) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5 bis zu 1.995 Euro
- erstattet.

Im Rahmen des jeweiligen Höchstbetrages sind auch die Aufwendungen für die notwendige Beförderung der versicherten Person zu und von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege, sowie die

Aufwendungen für Betreuung und für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erstattungsfähig.

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

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

6. Kurzzeitpflege

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von

1.774 Euro

pro Kalenderjahr ersetzt.

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

Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu 1.612 Euro auf insgesamt bis zu 3.386 Euro im Kalenderjahr erhöhen, soweit im Kalenderjahr für diesen Betrag noch keine Leistung nach Nr. 3 des Tarifs PV (Ersatzpflege) in Anspruch genommen wurde. Bei Inanspruchnahme des Erhöhungsbetrages vermindern sich die Leistungen nach Nr. 3 des Tarifs PV entsprechend. Wurde bei den Leistungen nach Nr. 3 des Tarifs PV bereits der Erhöhungsbetrag in Anspruch genommen, wird dieser auf die Leistungen der Kurzzeitpflege angerechnet, d.h. der Leistungsbetrag kann sich auch vermindern (vgl. Nr. 3 des Tarifs PV).

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

7. Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen

7.1 Bei vollstationären Pflegeeinrichtungen werden im Rahmen der gültigen Pflegesätze pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal

- a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 in Höhe von 770 Euro je Kalendermonat,
- b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 in Höhe von 1.262 Euro je Kalendermonat,
- c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 in Höhe von 1.775 Euro je Kalendermonat,
- d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 in Höhe von 2.005 Euro je Kalendermonat

erstattet.

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

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

7.2 Versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 werden bei Pflege in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI (siehe Anhang), in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, die Aufwendungen gemäß Nr. 7.1 Satz 1 mit einem Betrag in Höhe von fünfzehn Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 des SGB IX vereinbarten Vergütung, im Einzelfall höchstens 266 Euro je Kalendermonat, abgegolten. Satz 1 gilt auch für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI, die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des SGB IX erhalten. Wird für die Tage, an denen die versicherte Person zu Hause gepflegt und betreut wird, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

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

7.3 Erstattungsfähig gemäß § 4 Abs. 11 Satz 3 ist ein Betrag von 2.952 Euro.

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

7.4 Erstattungsfähig sind die gemäß § 84 Abs. 8 und 9 SGB XI (siehe Anhang) und § 85 Abs. 8 und 9 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Vergütungszuschläge.

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

7.5 Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal in Höhe von 125 Euro je Kalendermonat erstattet.

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

- 7.6 Für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5,
- a) die bis einschließlich 12 Monate Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 15 Prozent,
 - b) die seit mehr als 12 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 30 Prozent,
 - c) die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 50 Prozent,
 - d) die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 75 Prozent,
- ihrer zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Bei der Bemessung der Monate, in denen die versicherte Person Leistungen nach § 4 Abs. 11 bezieht, werden Monate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen nach § 4 Abs. 11 bezogen worden sind, berücksichtigt.
- In Tarilstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

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

Die Zahlung der Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit erfolgt nach Maßgabe der §§ 26, 345, 347 und 349 Sozialgesetzbuch (SGB) – Drittes Buch (III) – (siehe Anhang).

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

9. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

- 9.1 Die Zahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung erfolgt bei Freistellungen nach § 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) nach Maßgabe von § 44a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang); ihrer Höhe nach sind sie begrenzt auf die Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung zu entrichten sind, und dort die tatsächlich gezahlten Beiträge nicht übersteigen.

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

- 9.2 Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) richtet sich nach § 45 Abs. 2 Satz 3 bis 5 SGB V (siehe Anhang).

Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 232b, 249c, 252 SGB V (siehe Anhang) bzw. zur Krankenversicherung der Landwirte nach Maßgabe der §§ 48a, 49 KVLG 1989 (siehe Anhang) gezahlt.

Die Zahlung der Zuschüsse zur Krankenversicherung für eine Versicherung bei einer privaten Krankenversicherung, bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversicherung der Bundesbahnbeamten erfolgt während der Dauer des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld nach Maßgabe von § 44a Abs. 4 SGB XI (siehe Anhang). Die Zuschüsse zu den Beiträgen belaufen sich auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung als Arbeitgeberanteil nach § 249c SGB V (siehe Anhang) aufzubringen wäre, und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen.

Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 26, 345, 347, 349 SGB III (siehe Anhang) gezahlt.

Die Beiträge zur Rentenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 3, 137, 166, 173, 176, 191 SGB VI (siehe Anhang) gezahlt.

Für Pflichtmitglieder in einem berufsständischen Versorgungswerk werden die Beiträge nach Maßgabe des § 44a Abs. 4 Satz 5 SGB XI (siehe Anhang) gezahlt.

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

- 9.3 Landwirtschaftliche Unternehmer erhalten Betriebshilfe entsprechend § 9 KVLG 1989 (siehe Anhang). Diese Kosten werden der landwirtschaftlichen Pflegekasse erstattet. Für privat pflegeversicherte landwirtschaftliche Unternehmer wird stattdessen ein pauschaler Betrag in Höhe von 200 Euro täglich für bis zu zehn Arbeitstage Betriebshilfe gezahlt.

In Tarilstufe PVB werden die Zahlungen auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

10. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

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

11. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag

Zweckgebundene Aufwendungen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung nahestehender Pflegepersonen sowie zur selbstbestimmten Entlastung des Alltags im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

- a) der teilstationären Pflege,
- b) der Kurzzeitpflege,
- c) der Pflegekräfte gemäß § 4 Abs. 1 Satz 7 in den Pflegegraden 2 bis 5

- jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung, oder
- d) der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne von § 45a SGB XI (siehe Anhang)

werden bis zu

125 Euro

monatlich erstattet. Werden die Beträge nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, können die nicht verbrauchten Beträge in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

In Tarilstufe PVB wird der jeweils zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

12. Zahlung bei Verzögerung der Leistungsmittelteilung

Bei Verzögerung der Leistungsmittelteilung nach § 6 Abs. 2a beträgt die Zusatzzahlung je begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro.

13. Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen

Der monatliche pauschale Zuschlag für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 4 Abs. 7a beträgt 214 Euro.

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

14. Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen

Der Anspruch des Versicherten beläuft sich auf den Betrag, der sich ergibt, wenn man den Höchstförderbetrag je Wohngruppe von 10.000 Euro durch die Anzahl der förderberechtigten Bewohner teilt, höchstens aber 2.500 Euro.

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

15. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen

Der Anspruch des Versicherten beträgt für die Leistungen digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen zusammen bis zu insgesamt 50 Euro im Monat des nach § 78a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) und § 89 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Betrages.

Der Anspruch umfasst nur digitale Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen worden sind. Entscheiden sich Pflegebedürftige für eine digitale Pflegeanwendung, deren Funktionen oder Anwendungsbereiche über die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommenen digitalen Pflegeanwendungen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Der Versicherer informiert die versicherten Personen über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten.

In Tarilstufe PVB wird der zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

16. Pflegerische Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen durch die Pflegeperson

Der Anspruch umfasst bei Versorgung der versicherten Person in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder in der vollstationären Pflegeeinrichtung die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Unterkunft und Verpflegung sowie die Übernahme der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen. Der Anspruch besteht bei der Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung in Höhe des durchschnittlichen Gesamtheimtelts nach § 42a Abs. 5 Satz 2, 3, 4 SGB XI (siehe Anhang) und bei der Versorgung in der zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung in Höhe des für diese Pflegeeinrichtung geltenden Gesamtheimtelts.

Der Anspruch umfasst auch die erforderlichen Fahr- und Gepäcktransportkosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung in der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder vollstationären Pflegeeinrichtung nach § 4 Abs. 23 und 24 entstehen. Erstattungsfähig sind nach vorheriger Antragstellung auch Kosten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist.

In Tarilstufe PVB wird der zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

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

§ 1 Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade

(Regelung ist gegenstandslos geworden.)

§ 2 Besitzstandsschutz

(1) Versicherte Personen sowie Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 Anspruch auf Leistungen haben, erhalten Besitzstandsschutz auf die ihnen unmittelbar vor dem 1. Januar 2017 zustehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen für häusliche Pflegehilfe (§ 4 Abs. 1 Satz 1 MB/PPV 2015), für Pflegegeld (§ 4 Abs. 2 MB/PPV 2015), für Kombinationsleistungen (§ 4 Abs. 5 MB/PPV 2015), für den Wohngruppenzuschlag (§ 4 Abs. 7a MB/PPV 2015), für Verbrauchshilfsmittel (§ 4 Abs. 7 MB/PPV 2016), für teilstationäre Pflege (§ 4 Abs. 8 MB/PPV 2015), bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 4 Abs. 14 MB/PPV 2015) und bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 4 Abs. 16, 16a MB/PPV 2015).

Hinsichtlich eines Anspruchs auf den erhöhten Betrag nach § 4 Abs. 16 i.V.m. Nr. 11.1 des Tarifs PV 2015 richtet sich der Besitzstandsschutz abweichend von Satz 1 nach Absatz 2.

Für versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der vollstationären Pflege (§ 4 Abs. 11 MB/PPV 2015) bezogen haben, richtet sich der Besitzstandsschutz nach § 3.

Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug lassen den Besitzstandsschutz jeweils unberührt.

(2) Versicherte Personen,

1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 i.V.m. Nr. 11.1 des Tarifs PV haben und
2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach § 4 Abs. 1, 2 und 8 MB/PPV 2024 unter Berücksichtigung des § 1 Abs. 4 und 5 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mit mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den § 4 Abs. 1, 2, 8 und 16a MB/PPV 2015 am 31. Dezember 2016 zustanden,

haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2024. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 4 Abs. 16 MB/PPV 2024 i.V.m. Nr. 11 des Tarifs PV 2024 festgelegt ist. Das Bestehen eines Anspruchs auf diesen Zuschlag muss der Versicherer dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 5 MB/PPV 2024) schriftlich mitteilen und erläutern.

§ 3 Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege

(1) (Regelung ist gegenstandslos geworden.)

(2) (Regelung ist gegenstandslos geworden.)

(3) (Regelung ist gegenstandslos geworden.)

(4) (Regelung ist gegenstandslos geworden.)

(5) Versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 von zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung versorgt werden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen gemäß Nr. 7.1 Satz 3 des Tarifs PV in Höhe des ihnen für den Monat Dezember 2016 zustehenden Leistungsbetrages, wenn dieser höher ist als der ihnen für Januar 2017 zustehende Leistungsbetrag. In Tarifstufe PVB wird der Zuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

§ 4 Besitzstandsschutz bei Leistungen der sozialen Sicherung

(1) Für Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege rentenversicherungspflichtig waren und Anspruch auf die Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 4 Abs. 13 MB/PPV 2015 hatten, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflege Tätigkeit fort. Die beitragspflichtigen Einnahmen ab dem 1. Januar 2017 bestimmen sich in den Fällen des Satzes 1 nach Maßgabe des § 166 Abs. 2 und 3 SGB VI in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung (siehe Anhang), wenn sie höher sind als die beitragspflichtigen Einnahmen, die sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht ergeben.

(2) (Regelung ist gegenstandslos geworden.)

(3) Absatz 1 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass

1. bei der versorgten Person keine Pflegeperson im Sinne des § 1 Abs. 2 MB/PPV 2024 vorliegt oder
2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 4 Abs. 13 MB/PPV 2024 ist.

Absatz 1 ist auch nicht mehr anwendbar, wenn sich nach dem 31. Dezember 2016 eine Änderung in den Pflegeverhältnissen ergibt, die zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Abs. 2 SGB VI in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung (siehe Anhang) führt oder ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 2 oder 3 SGB VI (siehe Anhang) eintritt.

§ 5 Begutachtungsverfahren

(Regelung ist gegenstandslos geworden.)

§ 6 Verlängerung des Anspruchs für noch nicht abgerufene Mittel nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2017

(Regelung ist gegenstandslos geworden.)

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht

Graurheindorfer Straße 108

53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bafin.de

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang

Die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung zitierten Rechtsvorschriften sind nachfolgend im Wortlaut mit dem Bearbeitungsstand September 2017 wiedergegeben.

Verordnung über Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen BBHv

§ 46 Bemessung der Beihilfe

(2) Soweit Absatz 3 nichts anderes bestimmt, beträgt der Bemessungssatz für

1. beihilfeberechtigte Personen 50 Prozent,
2. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen 70 Prozent,
3. berücksichtigungsfähige Personen nach § 4 Absatz 1 70 Prozent und
4. berücksichtigungsfähige Kinder sowie Waisen 80 Prozent.

(3) Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für die beihilfeberechtigte Person 70 Prozent. Dies gilt bei mehreren beihilfeberechtigten Personen nur für diejenigen, die den Familienzuschlag nach den §§ 39 und 40 des Bundesbesoldungsgesetzes oder den Auslandszuschlag nach § 53 Absatz 4 Nummer 2 und 2a des Bundesbesoldungsgesetzes beziehen. § 5 Absatz 4 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Satz 2 ist nur dann anzuwenden, wenn einer beihilfeberechtigten Person nicht aus anderen Gründen bereits ein Bemessungssatz von 70 Prozent zusteht. Beihilfeberechtigte Personen, die Elternzeit in Anspruch nehmen, erhalten während dieser Zeit den Bemessungssatz, der ihnen am Tag vor Beginn der Elternzeit zustand.

Der Bemessungssatz für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer beträgt 70 Prozent, wenn ihnen sonst aufgrund einer nach § 5 nachrangigen Beihilfeberechtigung ein Bemessungssatz von 70 Prozent zustände.

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

§ 35

(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 293 Euro (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 sind Beschädigte, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Ist die Gesundheitsstörung so schwer, dass sie dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege erfordert, so ist die Pflegezulage je nach Lage des Falles unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 500, 711, 912, 1 185 oder 1 457 Euro (Stufen II, III, IV, V und VI) zu erhöhen. Für die Ermittlung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage sind die in der Verordnung zu § 30 Abs. 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.

(2) Wird fremde Hilfe im Sinne des Absatzes 1 von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrages geleistet und übersteigen die dafür aufzuwendenden angemessenen Kosten den Betrag der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wird die Pflegezulage um den übersteigenden Betrag erhöht. Leben Beschädigte mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft, ist die Pflegezulage so zu erhöhen, dass sie nur ein Viertel der von ihnen aufzuwendenden angemessenen Kosten aus der pauschalen Pflegezulage zu zahlen haben und ihnen mindestens die Hälfte der pauschalen Pflegezulage verbleibt. In Ausnahmefällen kann der verbleibende Anteil bis zum vollen Betrag der pauschalen Pflegezulage erhöht werden, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder ein Elternteil von Pflegezulageempfängern mindestens der Stufe V neben den Dritten in außergewöhnlichem Umfang zusätzliche Hilfe leisten. Entstehen vorübergehend Kosten für fremde Hilfe, insbesondere infolge Krankheit der Pflegeperson, ist die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen über Satz 2 hinaus so zu erhöhen, dass den Beschädigten die pauschale Pflegezulage in derselben Höhe wie vor der vorübergehenden Entstehung der Kosten verbleibt. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder Elternteil nicht nur vorübergehend keine Pflegeleistungen erbringt; § 40a Abs. 3 Satz 3 gilt.

(3) Während einer stationären Behandlung wird die Pflegezulage nach den Absätzen 1 und 2 Empfängern von Pflegezulage nach den Stufen I und II bis zum Ende des ersten, den übrigen Empfängern von Pflegezulage bis zum Ablauf des zwölften auf die Aufnahme folgenden Kalendermonats weitergezahlt.

(4) Über den in Absatz 3 bestimmten Zeitpunkt hinaus wird die Pflegezulage während einer stationären Behandlung bis zum Ende des Kalendermonats vor der Entlassung nur weitergezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte erhalten ein Viertel der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder der Elternteil bis zum Beginn der stationären Behandlung zumindest einen Teil der Pflege

wahrgenommen hat. Daneben wird die Pflegezulage in Höhe der Kosten weitergezahlt, die aufgrund eines Pflegevertrages entstehen, es sei denn, die Kosten hätten durch ein den Beschädigten bei Abwägung aller Umstände zuzumutendes Verhalten, insbesondere durch Kündigung des Pflegevertrages, vermieden werden können. Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III erhalten, soweit eine stärkere Beteiligung der schon bis zum Beginn der stationären Behandlung unentgeltlich tätigen Pflegeperson medizinisch erforderlich ist, abweichend von Satz 2 ausnahmsweise Pflegezulage bis zur vollen Höhe nach Absatz 1, in Fällen des Satzes 3 jedoch nicht über den nach Absatz 2 Satz 2 aus der pauschalen Pflegezulage verbleibenden Betrag hinaus.

(5) Tritt Hilflosigkeit im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 gleichzeitig mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung oder während einer stationären Behandlung ein, besteht für die Zeit vor dem Kalendermonat der Entlassung kein Anspruch auf Pflegezulage. Für diese Zeit wird eine Pflegebeihilfe gezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte, die mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft leben, erhalten eine Pflegebeihilfe in Höhe eines Viertels der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I. Soweit eine stärkere Beteiligung der Ehegatten, Lebenspartner oder eines Elternteils oder die Beteiligung einer Person, die den Beschädigten nahesteht, an der Pflege medizinisch erforderlich ist, kann in begründeten Ausnahmefällen eine Pflegebeihilfe bis zur Höhe der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I gezahlt werden.

(6) Für Beschädigte, die infolge der Schädigung dauernder Pflege im Sinne des Absatzes 1 bedürfen, werden, wenn geeignete Pflege sonst nicht sichergestellt werden kann, die Kosten der nicht nur vorübergehenden Heimpflege, soweit sie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich notwendiger Pflege umfassen, unter Anrechnung auf die Versorgungsbezüge übernommen. Jedoch ist den Beschädigten von ihren Versorgungsbezügen zur Bestreitung der sonstigen Bedürfnisse ein Betrag in Höhe der Beschädigtengrundrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 und den Angehörigen ein Betrag mindestens in Höhe der Hinterbliebenenbezüge zu belassen, die ihnen zustehen würden, wenn Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben wären. Bei der Berechnung der Bezüge der Angehörigen ist auch das Einkommen der Beschädigten zu berücksichtigen, soweit es nicht ausnahmsweise für andere Zwecke, insbesondere die Erfüllung anderer Unterhaltspflichten, einzusetzen ist.

Entwicklungshelfer-Gesetz (EhFG)

§ 1 Entwicklungshelfer

- (1) Entwicklungshelfer im Sinne dieses Gesetzes ist, wer
1. in Entwicklungsländern ohne Erwerbsabsicht Dienst leistet, um in partnerschaftlicher Zusammenarbeit zum Fortschritt dieser Länder beizutragen (Entwicklungsdienst),
 2. sich zur Leistung des Entwicklungsdienstes gegenüber einem anerkannten Träger des Entwicklungsdienstes für eine ununterbrochene Zeit von mindestens zwei Jahren vertraglich verpflichtet hat,
 3. für den Entwicklungsdienst nur Leistungen erhält, die dieses Gesetz vorsieht,
 4. das 18. Lebensjahr vollendet hat und Deutscher im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes oder Staatsangehöriger eines anderen Mitgliedsstaates der Europäischen Gemeinschaften ist.

Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV)

§ 14 Übertragungswert

- (6) Wechselt der Versicherte in der Pflege-Pflichtversicherung zu einem anderen Unternehmen, so gilt die Alterungsrückstellung als Übertragungswert im Sinne des § 148 Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes.

Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989)

§ 2 KVLG 1989 Pflichtversicherte

- (1) In der Krankenversicherung der Landwirte sind versicherungspflichtig
1. Unternehmer der Land- und Forstwirtschaft einschließlich des Wein- und Gartenbaus sowie der Teichwirtschaft und der Fischzucht (landwirtschaftliche Unternehmer), deren Unternehmen, unabhängig vom jeweiligen Unternehmer, auf Bodenbewirtschaftung beruht und die Mindestgröße erreicht; § 1 Abs. 5 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte gilt,
 2. Personen, die als landwirtschaftliche Unternehmer tätig sind, ohne dass ihr Unternehmen die Mindestgröße im Sinne der Nummer 1 erreicht, wenn
 - a) ihr landwirtschaftliches Unternehmen die nach § 1 Abs. 5 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte festgesetzte Mindesthöhe um nicht mehr als die Hälfte unterschreitet und sie nicht nach Nummer 4 versicherungspflichtig sind und
 - b) das Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen, das sie neben dem Einkommen aus dem landwirtschaftlichen Unternehmen haben, sowie das in § 5 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannte Vorruhestandsgeld im Kalenderjahr die Hälfte der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch nicht übersteigt,
 3. mitarbeitende Familienangehörige eines landwirtschaftlichen Unternehmers, wenn sie das fünfzehnte Lebensjahr vollendet haben oder wenn sie als Auszubildende in dem landwirtschaftlichen Unternehmen beschäftigt sind,
 4. Personen, die die Voraussetzungen für den Bezug einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte erfüllen und diese Rente beantragt haben,
 5. Personen, die das fünfundsiebzehnte Lebensjahr vollendet haben und während der letzten fünfzehn Jahre vor Vollendung des fünfundsiebzehnten Lebensjahres mindestens sechzig Kalendermonate als landwirtschaftliche Unternehmer nach Nummer 1 oder 2 oder als mitarbeitende Familienangehörige nach Nummer 3 versichert waren, sowie die überlebenden Ehegatten und eingetragenen Lebenspartner (Lebenspartner) dieser Personen,
 6. Personen, die die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 oder 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen,
 7. Personen, die die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach

§ 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen.

§ 9 Betriebshilfe

(1) Nach § 2 versicherungspflichtige landwirtschaftliche Unternehmer erhalten anstelle von Krankengeld oder Mutterschaftsgeld Betriebshilfe nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) Betriebshilfe wird während der Krankenhausbehandlung des landwirtschaftlichen Unternehmers oder während einer medizinischen Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung nach § 23 Abs. 2 oder 4, § 24, § 40 Abs. 1 oder 2 oder § 41 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewährt, wenn in dem Unternehmen keine Arbeitnehmer und keine versicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen ständig beschäftigt werden. Betriebshilfe wird für längstens drei Monate gewährt, soweit die Satzung nicht längere Zeiten vorsieht.

(3) Die Satzung kann bestimmen, dass Betriebshilfe während einer Krankheit auch gewährt wird, wenn die Bewirtschaftung des Unternehmens gefährdet ist.

(3a) Die Satzung kann bestimmen, dass anstelle von Mutterschaftsgeld Betriebshilfe während der Schwangerschaft und bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung, nach Mehrlings- und Frühgeburten bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Entbindung, gewährt wird, wenn die Bewirtschaftung des Unternehmens gefährdet ist. Bei Frühgeburten und sonstigen vorzeitigen Entbindungen ist § 6 Absatz 1 Satz 2 des Mutterschutzgesetzes entsprechend anzuwenden.

(4) Die Satzung kann die Betriebshilfe erstrecken auf

1. den Ehegatten oder den Lebenspartner des versicherten landwirtschaftlichen Unternehmers,
2. die versicherten mitarbeitenden Familienangehörigen,
3. Unternehmen, in denen Arbeitnehmer oder versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige ständig beschäftigt werden.

(5) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Maßnahmen nach Satz 1 und die dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die Krankenkasse darf ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch genannten Stellen übertragen.

§ 48a Tragung der Beiträge bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld

(1) Für versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige, die Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beziehen, tragen die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen oder die Festsetzungsstelle für die Beihilfe des Pflegebedürftigen die Beiträge.

(2) Bei freiwilligen Mitgliedern, die Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beziehen, werden die Beiträge, soweit sie auf das Pflegeunterstützungsgeld entfallen, zur Hälfte vom Versicherten getragen. Die andere Hälfte dieser Beiträge tragen die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen oder die Festsetzungsstelle für die Beihilfe des Pflegebedürftigen.

§ 49 Zahlung der Beiträge

(1) Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. Abweichend von Satz 1 zahlen die Bundesagentur für Arbeit oder in den Fällen des § 6a des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch die zugelassenen kommunalen Träger die Beiträge für nach § 2 Absatz 1 Nummer 6 versicherungspflichtige Beziehende von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

(2) Die Beiträge werden in den Fällen des § 48a Absatz 2 durch die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen oder die Festsetzungsstelle für die Beihilfe gezahlt.

Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

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

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

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

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

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

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

Artikel 41 Übergangsregelungen für Fristen bei Wahlrechten der Versicherten

(1) Personen, die am 1. Januar 1995 in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, können sich bis zum 30. Juni 1995 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. Befreiungsanträge können bereits vor dem 1. Januar 1995 mit Wirkung ab dem 1. Januar 1995 gestellt werden. § 22 Abs. 1 und 2 Satz 2 und 3 des

Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt.

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

Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz – PflegeZG)

§ 2 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

(1) Beschäftigte haben das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsge- rechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen.

(2) Beschäftigte sind verpflichtet, dem Arbeitgeber ihre Verhinderung an der Arbeitsleistung und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. Dem Arbeitgeber ist auf Verlangen eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der in Absatz 1 genannten Maßnahmen vorzulegen.

(3) Der Arbeitgeber ist zur Fortzahlung der Vergütung nur verpflichtet, soweit sich eine solche Verpflichtung aus anderen gesetzlichen Vorschriften oder auf Grund einer Vereinbarung ergibt. Ein Anspruch der Beschäftigten auf Zahlung von Pflegeunterstützungsgeld richtet sich nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 3 Pflegezeit und sonstige Freistellungen

(1) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Pflegezeit). Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten.

(2) Die Beschäftigten haben die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachzuweisen. Bei in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherten Pflegebedürftigen ist ein entsprechender Nachweis zu erbringen.

(3) Wer Pflegezeit beanspruchen will, muss dies dem Arbeitgeber spätestens zehn Arbeitstage vor Beginn schriftlich ankündigen und gleichzeitig erklären, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang die Freistellung von der Arbeitsleistung in Anspruch genommen werden soll. Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, ist auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit anzugeben. Enthält die Ankündigung keine eindeutige Festlegung, ob die oder der Beschäftigte Pflegezeit oder Familienpflegezeit nach § 2 des Familienpflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen will, und liegen die Voraussetzungen beider Freistellungsansprüche vor, gilt die Erklärung als Ankündigung von Pflegezeit. Beansprucht die oder der Beschäftigte nach der Pflegezeit Familienpflegezeit oder eine Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes zur Pflege oder Betreuung desselben pflegebedürftigen Angehörigen, muss sich die Familienpflegezeit oder die Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes unmittelbar an die Pflegezeit anschließen. In diesem Fall soll die oder der Beschäftigte möglichst frühzeitig erklären, ob sie oder er Familienpflegezeit oder eine Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen wird; abweichend von § 2a Absatz 1 Satz 1 des Familienpflegezeitgesetzes muss die Ankündigung spätestens drei Monate vor Beginn der Familienpflegezeit erfolgen. Wird Pflegezeit nach einer Familienpflegezeit oder einer Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes in Anspruch genommen, ist die Pflegezeit in unmittelbarem Anschluss an die Familienpflegezeit oder die Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes zu beanspruchen und abweichend von Satz 1 dem Arbeitgeber spätestens acht Wochen vor Beginn der Pflegezeit schriftlich anzukündigen.

(4) Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, haben Arbeitgeber und Beschäftigte über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. Hierbei hat der Arbeitgeber den Wünschen der Beschäftigten zu entsprechen, es sei denn, dass dringende betriebliche Gründe entgegenstehen.

(5) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher oder außerhäuslicher Umgebung betreuen. Die Inanspruchnahme dieser Freistellung ist jederzeit im Wechsel mit der Freistellung nach Absatz 1 im Rahmen der Gesamtdauer nach § 4 Absatz 1 Satz 4 möglich. Absatz 1 Satz 2 und die Absätze 2 bis 4 gelten entsprechend. Beschäftigte können diesen Anspruch wahlweise statt des Anspruchs auf Pflegezeit nach Absatz 1 geltend machen.

(6) Beschäftigte sind zur Begleitung eines nahen Angehörigen von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn dieser an einer Erkrankung leidet, die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat, bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig ist und die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt. Beschäftigte haben diese gegenüber dem Arbeitgeber durch ein ärztliches Zeugnis nachzuweisen. Absatz 1 Satz 2, Absatz 3 Satz 1 und 2 und Absatz 4 gelten entsprechend. § 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.

(7) Ein Anspruch auf Förderung richtet sich nach den §§ 3, 4, 5 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 sowie den §§ 6 bis 10 des Familienpflegezeitgesetzes.

§ 7 Begriffsbestimmungen

(1) Beschäftigte im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer,
2. die zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten,
3. Personen, die wegen ihrer wirtschaftlichen Unselbstständigkeit als arbeitnehmerähnliche Personen anzusehen sind; zu diesen gehören auch die in Heimarbeit Beschäftigten und die ihnen Gleichgestellten.

(3) Nahe Angehörige im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,

2. Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnersähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner,
3. Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

Gesetz über die Rechtsstellung der Soldaten (Soldatengesetz – SG)

§ 58b Freiwilliger Wehrdienst als besonderes staatsbürgerliches Engagement

(1) Frauen und Männer können sich verpflichten, freiwilligen Wehrdienst als besonderes staatsbürgerliches Engagement zu leisten. Der freiwillige Wehrdienst als besonderes staatsbürgerliches Engagement besteht aus einer sechsmonatigen Probezeit und bis zu 17 Monaten anschließendem Wehrdienst.

(2) Die §§ 37 und 38 gelten entsprechend.

Sozialgesetzbuch (SGB), Drittes Buch (III) – Arbeitsförderung –

§ 26 Sonstige Versicherungspflichtige

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Jugendliche, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 35 des Neunten Buches Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen sollen, sowie Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
2. Personen, die nach Maßgabe des Wehrpflichtgesetzes, des § 58b des Soldatengesetzes oder des Zivildienstgesetzes Wehrdienst oder Zivildienst leisten und während dieser Zeit nicht als Beschäftigte versicherungspflichtig sind,
3. (weggefallen)
- 3a. (weggefallen)
4. Gefangene, die Arbeitsentgelt, Ausbildungsbeihilfe oder Ausfallentschädigung (§§ 43 bis 45, 176 und 177 des Strafvollzugsgesetzes) erhalten oder Ausbildungsbeihilfe nur wegen des Vorrangs von Leistungen zur Förderung der Berufsausbildung nach diesem Buch nicht erhalten. Gefangene im Sinne dieses Buches sind Personen, die im Vollzug von Untersuchungshaft, Freiheitsstrafen und freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung oder einstweilig nach § 126a Abs. 1 der Strafprozeßordnung untergebracht sind,
5. Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.

(2) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, für die sie

1. von einem Leistungsträger Mutterschaftsgeld, Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder von einem Träger der medizinischen Rehabilitation Übergangsgeld beziehen,
2. von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen Krankentagegeld beziehen,
- 2a. von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen,
- 2b. von einer Pflegekasse, einem privaten Versicherungsunternehmen, der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn Pflegeunterstützungsgeld beziehen oder
3. von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung eine Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen,

wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren, eine laufende Entgeltsatzleistung nach diesem Buch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt haben, die ein Versicherungsverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltsatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat.

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

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

Satz 1 gilt nur für Kinder

1. der oder des Erziehenden,
2. seiner nicht dauernd getrennt lebenden Ehegattin oder ihres nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten oder
3. ihrer nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartnerin oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartners.

Haben mehrere Personen ein Kind gemeinsam erzogen, besteht Versicherungspflicht nur für die Person, der nach den Regelungen des Rechts der gesetzlichen Rentenversicherung die Erziehungszeit zuzuordnen ist (§ 56 Abs. 2 des Sechsten Buches).

(2b) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, in der sie als Pflegeperson einen pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Buches, der Leistungen aus der Pflegeversicherung nach dem Elften Buch oder Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch oder gleichartige Leistungen nach anderen Vorschriften bezieht, nicht erwerbsmäßig wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in

der Woche, in seiner häuslichen Umgebung pflegen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Pflege Tätigkeit versicherungspflichtig waren oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch hatten. Versicherungspflicht besteht auch, wenn die Voraussetzungen durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erfüllt werden.

(3) Nach Absatz 1 Nr. 1 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach § 25 Abs. 1 versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 1 Nr. 4 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach anderen Vorschriften dieses Buches versicherungspflichtig ist. Versicherungspflichtig wegen des Bezuges von Mutterschaftsgeld nach Absatz 2 Nr. 1 ist nicht, wer nach Absatz 2a versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 2 Nr. 2 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 2 Nr. 1 versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 2a und 2b ist nicht versicherungspflichtig, wer nach anderen Vorschriften dieses Buches versicherungspflichtig ist oder während der Zeit der Erziehung oder Pflege Anspruch auf Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch hat; Satz 3 bleibt unberührt. Trifft eine Versicherungspflicht nach Absatz 2a mit einer Versicherungspflicht nach Absatz 2b zusammen, geht die Versicherungspflicht nach Absatz 2a vor.

(4) (weggefallen)

§ 345 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherungspflichtiger

Als beitragspflichtige Einnahme gilt bei Personen,

1. die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, ein Arbeitsentgelt in Höhe von einem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße,
2. die als Wehrdienstleistende oder als Zivildienstleistende versicherungspflichtig sind (§ 25 Abs. 2 Satz 2, § 26 Abs. 1 Nr. 2), ein Betrag in Höhe von 40 Prozent der monatlichen Bezugsgröße,
3. die als Gefangene versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe von 90 Prozent der Bezugsgröße,
4. die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden, ein Entgelt in Höhe der gewährten Geld- und Sachbezüge,
5. die als Bezieherinnen oder Bezieher von Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld versicherungspflichtig sind, 80 Prozent des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 Prozent des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind; bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung ist das dem Krankengeld zugrunde liegende Einkommen nicht zu berücksichtigen,
- 5a. die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen; wird Krankengeld in Höhe der Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch gezahlt, gilt Nummer 5,
- 5b. die Krankengeld nach § 45 Absatz 1 des Fünften Buches oder Verletztengeld nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches in Verbindung mit § 45 Absatz 1 des Fünften Buches beziehen, 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts oder des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitseinkommens,
6. die als Bezieherinnen oder Bezieher von Krankentagegeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe von 70 Prozent der für die Erhebung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches). Für den Kalendermonat ist ein Zwölftel und für den Kalendertag ein Dreihundertsechstel des Arbeitsentgelts zugrunde zu legen,
- 6a. die von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von öffentlich-rechtlichen Trägern von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, das diesen Leistungen zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen,
- 6b. die als Bezieherinnen oder Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld versicherungspflichtig sind, 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts,
7. die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe des Mutterschaftsgeldes,
8. die als Pflegepersonen versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b), ein Arbeitsentgelt in Höhe von 50 Prozent der monatlichen Bezugsgröße; dabei ist die Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet maßgebend, wenn der Tätigkeitsort im Beitrittsgebiet liegt.

§ 347 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

Die Beiträge werden getragen

1. für Personen, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die eine Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, vom Träger der Einrichtung,
2. für Wehrdienstleistende oder für Zivildienstleistende nach der Hälfte des Beitragssatzes vom Bund,
3. für Gefangene von dem für die Vollzugsanstalt zuständigen Land,
4. für nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften während der Zeit der außerschulischen Ausbildung für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft von der geistlichen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft,
5. für Personen, die Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von diesen und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im übrigen von den Leistungsträgern; die Leistungsträger tragen die Beiträge auch allein, soweit sie folgende Leistungen zahlen:
 - a) Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld,
 - b) Krankengeld oder Verletztengeld in Höhe der Entgeltersatzleistun-

gen nach diesem Buch oder

- c) eine Leistung, die nach einem monatlichen Arbeitsentgelt bemessen wird, das 450 Euro nicht übersteigt,
 - 5a. für Personen, die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, vom Leistungsträger,
 6. für Personen, die Krankentagegeld beziehen, von privaten Krankenversicherungsunternehmen,
 - 6a. für Personen, die Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, von der Stelle, die die Leistung erbringt; wird die Leistung von mehreren Stellen erbracht, sind die Beiträge entsprechend anteilig zu tragen,
 - 6b. für Personen, die Pflegeunterstützungsgeld beziehen, von den Bezieherinnen oder Bezieher der Leistung zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im übrigen
 - a) von der Pflegekasse, wenn die oder der Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist,
 - b) vom privaten Versicherungsunternehmen, wenn die oder der Pflegebedürftige in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert ist,
 - c) von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig, wenn die oder der Pflegebedürftige Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge hat und in der sozialen Pflegeversicherung oder bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert ist;
- die Beiträge werden von den Stellen, die die Leistung zu erbringen haben, allein getragen, wenn das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen 450 Euro nicht übersteigt,
7. für Personen, die als Bezieherinnen oder Bezieher einer Rente wegen voller Erwerbsminderung versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern,
 8. für Personen, die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern,
 9. (weggefallen)
 10. für Personen, die als Pflegepersonen versicherungspflichtig sind (§ 26 Absatz 2b) und eine
 - a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherte pflegebedürftige Person pflegen, von der Pflegekasse,
 - b) in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherte pflegebedürftige Person pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,
 - c) pflegebedürftige Person pflegen, die wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig.

§ 349 Beitragszahlung für sonstige Versicherungspflichtige

(1) Für die Zahlung der Beiträge für Personen, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen soll, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, gelten die Vorschriften über die Beitragszahlung aus Arbeitsentgelt entsprechend.

(2) Die Beiträge für Wehrdienstleistende, für Zivildienstleistende und für Gefangene sind an die Bundesagentur zu zahlen.

(3) Die Beiträge für Personen, die Sozialleistungen beziehen, sind von den Leistungsträgern an die Bundesagentur zu zahlen. Die Bundesagentur und die Leistungsträger regeln das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge durch Vereinbarung.

(4) Die Beiträge für Personen, die Krankentagegeld beziehen, sind von den privaten Krankenversicherungsunternehmen an die Bundesagentur zu zahlen. Die Beiträge können durch eine Einrichtung dieses Wirtschaftszweiges gezahlt werden. Mit dieser Einrichtung kann die Bundesagentur Näheres über Zahlung, Einziehung und Abrechnung vereinbaren; sie kann auch vereinbaren, dass der Beitragsabrechnung statistische Durchschnittswerte über die Zahl der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, für die Beiträge zu zahlen sind, und über Zeiten der Arbeitsunfähigkeit zugrunde gelegt werden. Der Bundesagentur sind Verwaltungskosten für den Einzug der Beiträge in Höhe von zehn Prozent der Beiträge pauschal zu erstatten, wenn die Beiträge nicht nach Satz 2 gezahlt werden.

(4a) Die Beiträge für Personen, die als Pflegepersonen versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b), sind von den Stellen, die die Beiträge zu tragen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Die Beiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld sind von den Stellen, die die Leistung zu erbringen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Das Nähere über das Verfahren der Beitragszahlung und Abrechnung der Beiträge können der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Festsetzungsstellen für die Beihilfe, das Bundesversicherungsamt und die Bundesagentur durch Vereinbarung regeln.

(4b) Die Beiträge für Personen, die Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, sind von den Stellen, die die Beiträge zu tragen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Absatz 4a Satz 2 gilt entsprechend.

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

Viertes Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – (SGB IV)

§ 8 Geringfügige Beschäftigung und geringfügige selbstständige Tätigkeit

- (1) Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn
1. das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig im Monat 450 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 450 Euro im Monat übersteigt.

§ 8a Geringfügige Beschäftigung in Privathaushalten

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

§ 18 Bezugsgröße

- (1) Bezugsgröße im Sinne der Vorschriften für die Sozialversicherung ist, soweit in den besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes bestimmt ist, das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.
- (2) Die Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet (Bezugsgröße [Ost]) verändert sich zum 1. Januar eines jeden Kalenderjahres auf den Wert, der sich ergibt, wenn der für das vorvergangene Kalenderjahr geltende Wert der Anlage 1 zum Sechsten Buch durch den für das Kalenderjahr der Veränderung bestimmten vorläufigen Wert der Anlage 10 zum Sechsten Buch geteilt wird, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.
- (3) Beitrittsgebiet ist das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung –

§ 33 Hilfsmittel

- (6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 1 über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. Abweichend von Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen.
- (7) Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise.

§ 37 Häusliche Krankenpflege

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(1a) Versicherte erhalten an geeigneten Orten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Absatz 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

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

(2a) Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 anzunehmen. § 37b Absatz 4 gilt für die häusliche Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung entsprechend.

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

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

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

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können.

§ 45 Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. § 10 Abs. 4 und § 44 Absatz 2 gelten.

(2) Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 besteht in jedem Kalenderjahr für jedes Kind längstens für 10 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 20 Arbeitstage. Der Anspruch nach Satz 1 besteht für Versicherte für nicht mehr als 25 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte für nicht mehr als 50 Arbeitstage je Kalenderjahr. Das Krankengeld nach Absatz 1 beträgt 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt der Versicherten, bei Bezug von beitragspflichtigem einmalig gezahltem Arbeitsentgelt (§ 23a des Vierten Buches) in den der Freistellung von Arbeitsleistung nach Absatz 3 vorangegangenen zwölf Kalendermonaten 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt; es darf 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 3 nicht überschreiten. Erfolgt die Berechnung des Krankengeldes nach Absatz 1 aus Arbeitseinkommen, beträgt dies 70 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt. § 47 Absatz 1 Satz 6 bis 8 und Absatz 4 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.

(3) Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 haben für die Dauer dieses Anspruchs gegen ihren Arbeitgeber Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung, soweit nicht aus dem gleichen Grund Anspruch auf bezahlte Freistellung besteht. Wird der Freistellungsanspruch nach Satz 1 geltend gemacht, bevor die Krankenkasse ihre Leistungsverpflichtung nach Absatz 1 anerkannt hat, und sind die Voraussetzungen dafür nicht erfüllt, ist der Arbeitgeber berechtigt, die gewährte Freistellung von der Arbeitsleistung auf einen späteren Freistellungsanspruch zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines erkrankten Kindes anzurechnen. Der Freistellungsanspruch nach Satz 1 kann nicht durch Vertrag ausgeschlossen oder beschränkt werden.

(4) Versicherte haben ferner Anspruch auf Krankengeld, wenn sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, sofern das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist und nach ärztlichem Zeugnis an einer Erkrankung leidet,

- a) die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat,
- b) bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig oder von einem Elternteil erwünscht ist und
- c) die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.

Der Anspruch besteht nur für ein Elternteil. Absatz 1 Satz 2, Absatz 3 und § 47 gelten entsprechend.

(5) Anspruch auf unbezahlte Freistellung nach den Absätzen 3 und 4 haben auch Arbeitnehmer, die nicht Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 sind.

§ 107 Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

(2) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne dieses Gesetz-
buchs sind Einrichtungen, die

1. der stationären Behandlung der Patienten dienen, um
 - a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder
 - b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluß an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen.
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen, und in denen
3. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

§ 232b Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld

(1) Bei Personen, die Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches beziehen, gelten 80 Prozent des während der Freistellung

ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts als beitragspflichtige Einnahmen.

(2) Für Personen, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 erhalten bleibt, gelten § 226 Absatz 1 Nummer 2 bis 4 und Absatz 2 sowie die §§ 228 bis 231 entsprechend. Die Einnahmen nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 unterliegen höchstens in dem Umfang der Beitragspflicht, in dem zuletzt vor dem Bezug des Pflegeunterstützungsgeldes Beitragspflicht bestand. Für freiwillige Mitglieder gilt Satz 2 entsprechend.

§ 249c Tragung der Beiträge bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld

Bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld werden die Beiträge, soweit sie auf das Pflegeunterstützungsgeld entfallen, getragen

1. bei Personen, die einen in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von den Versicherten und der Pflegekasse je zur Hälfte,
2. bei Personen, die einen in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherungspflichtigen Pflegebedürftigen pflegen, von den Versicherten und dem privaten Versicherungsunternehmen je zur Hälfte,
3. bei Personen, die einen Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von den Versicherten zur Hälfte und von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen jeweils anteilig,

im Übrigen von der Pflegekasse, dem privaten Versicherungsunternehmen oder anteilig von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen. Die Beiträge werden von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen allein oder anteilig von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen getragen, wenn das dem Pflegeunterstützungsgeld zugeordnete monatliche Arbeitsentgelt 450 Euro nicht übersteigt.

§ 252 Beitragszahlung

(1) Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. Abweichend von Satz 1 zahlen die Bundesagentur für Arbeit oder in den Fällen des § 6a des Zweiten Buches die zugelassenen kommunalen Träger die Beiträge für die Bezieher von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch.

(2) Die Beitragszahlung erfolgt in den Fällen des § 251 Abs. 3, 4 und 4a an den Gesundheitsfonds. Ansonsten erfolgt die Beitragszahlung an die nach § 28i des Vierten Buches zuständige Einzugsstelle. Die Einzugsstellen leiten die nach Satz 2 gezahlten Beiträge einschließlich der Zinsen auf Beiträge und Säumniszuschläge arbeitstäglich an den Gesundheitsfonds weiter. Das Weitere zum Verfahren der Beitragszahlungen nach Satz 1 und Beitragsweiterleitungen nach Satz 3 wird durch Rechtsverordnung nach den §§ 28c und 28n des Vierten Buches geregelt.

(2a) Die Pflegekassen zahlen für Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld die Beiträge nach § 249c Satz 1 Nummer 1 und 3. Die privaten Versicherungsunternehmen, die Festsetzungsstellen für die Beihilfe oder die Dienstherrn zahlen die Beiträge nach § 249c Satz 1 Nummer 2 und 3; der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Festsetzungsstellen für die Beihilfe und die Dienstherrn vereinbaren mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Bundesversicherungsamt Näheres über die Zahlung und Abrechnung der Beiträge. Für den Beitragsabzug gilt § 28g Satz 1 und Satz 2 des Vierten Buches entsprechend.

(2b) (weggefallen)

(3) Schuldet ein Mitglied Auslagen, Gebühren, Beiträge, den Zusatzbeitrag nach § 242 in der bis zum 31. Dezember 2014 geltenden Fassung, Prämien nach § 53, Säumniszuschläge, Zinsen, Bußgelder oder Zwangsgelder, kann es bei Zahlung bestimmen, welche Schuld getilgt werden soll. Trifft das Mitglied keine Bestimmung, werden die Schulden in der genannten Reihenfolge getilgt. Innerhalb der gleichen Schuldenart werden die einzelnen Schulden nach ihrer Fälligkeit, bei gleichzeitiger Fälligkeit anteilmäßig getilgt.

(4) Für die Haftung der Einzugsstellen wegen schuldhafter Pflichtverletzung beim Einzug von Beiträgen nach Absatz 2 Satz 2 gilt § 28r Abs. 1 und 2 des Vierten Buches entsprechend.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Prüfung der von den Krankenkassen mitzuteilenden Daten durch die mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen einschließlich der Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder nicht prüfbarer Daten sowie das Verfahren der Prüfung und der Prüfkriterien für die Bereiche der Beitragsfestsetzung, des Beitragsinzugs und der Weiterleitung von Beiträgen nach Absatz 2 Satz 2 durch die Krankenkassen, auch abweichend von § 274.

(6) Stellt die Aufsichtsbehörde fest, dass eine Krankenkasse die Monatsabrechnungen über die Sonstigen Beiträge gegenüber dem Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds entgegen der Rechtsverordnung auf Grundlage der §§ 28n und 28p des Vierten Buches nicht, nicht vollständig, nicht richtig oder nicht fristgerecht abgibt, kann sie die Aufforderung zur Behebung der festgestellten Rechtsverletzung und zur Unterlassung künftiger Rechtsverletzungen mit der Androhung eines Zwangsgeldes bis zu 50 000 Euro für jeden Fall der Zuwiderhandlung verbinden.

§ 290 Krankenversichertennummer

(1) Die Krankenkasse verwendet für jeden Versicherten eine Krankenversichertennummer. Die Krankenversichertennummer besteht aus einem unveränderbaren Teil zur Identifikation des Versicherten und einem veränderbaren Teil, der bundeseinheitliche Angaben zur Kassenzugehörigkeit enthält und aus dem bei Vergabe der Nummer an Versicherte nach § 10 sicherzustellen ist, dass der Bezug zu dem Angehörigen, der Mitglied ist, hergestellt werden kann. Der Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversichertennummer haben den Richtlinien nach Absatz 2 zu entsprechen. Die Rentenversicherungsnummer darf nicht als Krankenversichertennummer verwendet werden. Eine Verwendung der Rentenversicherungsnummer zur Bildung der Krankenversichertennummer entsprechend den Richtlinien nach Absatz 2 ist zulässig, wenn nach dem Stand von Wissenschaft und Technik sichergestellt ist, dass nach Vergabe der Kranken-

versichertennummer weder aus der Krankenversichertennummer auf die Rentenversicherungsnummer noch aus der Rentenversicherungsnummer auf die Krankenversichertennummer zurückgeschlossen werden kann; dieses Erfordernis gilt auch in Bezug auf die vergebende Stelle. Die Prüfung einer Mehrfachvergabe der Krankenversichertennummer durch die Vertrauensstelle bleibt davon unberührt. Wird die Rentenversicherungsnummer zur Bildung der Krankenversichertennummer verwendet, ist für Personen, denen eine Krankenversichertennummer zugewiesen werden muss und die noch keine Rentenversicherungsnummer erhalten haben, eine Rentenversicherungsnummer zu vergeben.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat den Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversichertennummer durch Richtlinien zu regeln. Die Krankenversichertennummer ist von einer von den Krankenkassen und ihren Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennten Vertrauensstelle zu vergeben. Die Vertrauensstelle gilt als öffentliche Stelle und unterliegt dem Sozialgeheimnis nach § 35 des Ersten Buches. Sie untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. § 274 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die Richtlinien nicht innerhalb der gesetzten Frist zu Stande oder werden die Beanstandungen nicht innerhalb der vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien erlassen.

§ 315 Standardtarif für Personen ohne Versicherungsschutz

(1) Personen, die weder

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

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

(2) Der Beitrag von im Standardtarif nach Absatz 1 versicherten Personen darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 nicht überschreiten; die dort für Ehegatten oder Lebenspartner vorgesehene besondere Beitragsbegrenzung gilt für nach Absatz 1 versicherte Personen nicht. § 152 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes gilt für nach Absatz 1 im Standardtarif versicherte Personen entsprechend.

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

(4) Die gemäß Absatz 1 abgeschlossenen Versicherungsverträge im Standardtarif werden zum 1. Januar 2009 auf Verträge im Basistarif nach § 152 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes umgestellt.

Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) (a.F.) Stand 31.12.2016 – Gesetzliche Rentenversicherung –

§ 3 Sonstige Versicherte

Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit,

1. für die ihnen Kindererziehungszeiten anzurechnen sind (§ 56),
 - 1a. in der sie einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 des Elften Buches nicht erwerbsmäßig wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung hat; dies gilt auch, wenn die Mindesttundenzahl nur durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erreicht wird,
2. in der sie aufgrund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten,
- 2a. in der sie sich in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes befinden, wenn sich der Einsatzunfall während einer Zeit ereignet hat, in der sie nach Nummer 2 versicherungspflichtig waren,
3. für die sie von einem Leistungsträger Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld oder von der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung Pflegeunterstützungsgeld beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung zuletzt versicherungspflichtig waren; der Zeitraum von einem Jahr verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II,
- 3a. für die sie von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfetragers des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit das Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende

von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn dieser Zahlung zuletzt versicherungspflichtig waren; der Zeitraum von einem Jahr verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II,

4. für die sie Vorruhestandsgeld beziehen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren.

Pflegepersonen, die für ihre Tätigkeit von dem oder den Pflegebedürftigen ein Arbeitsentgelt erhalten, das das dem Umfang der jeweiligen Pflegeetätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne der §§ 37 und 123 des Elften Buches nicht übersteigt, gelten als nicht erwerbsmäßig tätig; sie sind insoweit nicht nach § 1 Satz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig. Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die daneben regelmäßig mehr als 30 Stunden wöchentlich beschäftigt oder selbstständig tätig sind, sind nicht nach Satz 1 Nr. 1a versicherungspflichtig. Wehrdienstleistende oder Zivildienstleistende, die für die Zeit ihres Dienstes Arbeitsentgelt weiter erhalten oder Leistungen an Selbstständige nach § 7 des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, sind nicht nach Satz 1 Nr. 2 versicherungspflichtig; die Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit gilt in diesen Fällen als nicht unterbrochen. Trifft eine Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit einer Versicherungspflicht nach § 1 Satz 1 Nr. 2 oder 3 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind. Die Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 und 4 erstreckt sich auch auf Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben.

§ 166 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter

- (1) Beitragspflichtige Einnahmen sind
 1. bei Personen, die als Wehr- oder Zivildienstleistende versichert sind, 60 vom Hundert der Bezugsgröße, jedoch bei Personen, die Leistungen an Nichtselbstständige nach § 6 des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, das Arbeitsentgelt, das dieser Leistung vor Abzug von Steuern und Beitragsanteilen zugrunde liegt,
 - 1a. bei Personen, die in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes versichert sind, die daraus gewährten Dienstbezüge in dem Umfang, in dem sie bei Beschäftigten als Arbeitsentgelt zu berücksichtigen wären,
 2. bei Personen, die Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld beziehen, 80 vom Hundert des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 vom Hundert des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem nicht geringfügigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind, und bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung das dem Krankengeld zugrundeliegende Einkommen nicht zu berücksichtigen ist,
 - 2a. bei Personen, die im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld II Übergangsgeld oder Verletztengeld beziehen, monatlich der Betrag von 205 Euro,
 - 2b. bei Personen, die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen; wird dieses Krankengeld nach § 47b des Fünften Buches gezahlt, gilt Nummer 2,
 - 2c. bei Personen, die Teilarbeitslosengeld beziehen, 80 vom Hundert des dieser Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts,
 - 2d. bei Personen, die von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, das diesen Leistungen zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen,
 - 2e. bei Personen, die Krankengeld nach § 45 Absatz 1 des Fünften Buches oder Verletztengeld nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches in Verbindung mit § 45 Absatz 1 des Fünften Buches beziehen, 80 vom Hundert des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts oder des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitseinkommens,
 - 2f. bei Personen, die Pflegeunterstützungsgeld beziehen, 80 vom Hundert des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts,
 3. bei Beziehern von Vorruhestandsgeld das Vorruhestandsgeld,
 4. bei Entwicklungshelfern das Arbeitsentgelt oder, wenn dies günstiger ist, der Betrag, der sich ergibt, wenn die Beitragsbemessungsgrenze mit dem Verhältnis vervielfältigt wird, in dem die Summe der Arbeitsentgelte oder Arbeitseinkommen für die letzten drei vor Aufnahme der nach § 4 Abs. 1 versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit voll mit Pflichtbeiträgen belegten Kalendermonate zur Summe der Beträge der Beitragsbemessungsgrenzen für diesen Zeitraum steht; der Verhältniswert beträgt mindestens 0,6667,
 - 4a. bei Personen, die für eine begrenzte Zeit im Ausland beschäftigt sind, das Arbeitsentgelt oder der sich abweichend vom Arbeitsentgelt nach Nummer 4 ergebende Betrag, wenn dies mit der antragstellenden Stelle vereinbart wird; die Vereinbarung kann nur für laufende und künftige Lohn- und Gehaltsabrechnungszeiträume getroffen werden,
 - 4b. bei sonstigen im Ausland beschäftigten Personen, die auf Antrag versicherungspflichtig sind, das Arbeitsentgelt,
 5. bei Personen, die für Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind, 80 vom Hundert des zuletzt für einen vollen Kalendermonat versicherten Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens.
- (2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen bei Pflege eines
 1. Schwerstpflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 3 Elftes Buch)
 - a) 80 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 28 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 - b) 60 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 - c) 40 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,
2. Schwerpflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 2 Elftes Buch)
 - a) 53,3333 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 - b) 35,5555 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,
3. erheblich Pflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 1 Elftes Buch) 26,6667 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird.

- c) 40 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,
2. Schwerpflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 2 Elftes Buch)
 - a) 53,3333 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 - b) 35,5555 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,
3. erheblich Pflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 1 Elftes Buch) 26,6667 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird.

Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, sind beitragspflichtige Einnahmen bei jeder Pflegeperson der Teil des Höchstwerts der jeweiligen Pflegestufe, der dem Umfang ihrer Pflegeetätigkeit im Verhältnis zum Umfang der Pflegeetätigkeit insgesamt entspricht. Pflegeetätigkeiten im Sinne des Absatzes 3 bleiben bei der Berechnung nach Satz 2 unberücksichtigt.

(3) Besteht Versicherungspflicht als Pflegeperson nur, weil mehrere Pflegebedürftige gepflegt werden, sind beitragspflichtige Einnahmen 26,6667 vom Hundert der Bezugsgröße. Die Aufteilung der beitragspflichtigen Einnahmen berechnet sich nach dem Umfang der jeweiligen Pflegeetätigkeit im Verhältnis zum Umfang der Pflegeetätigkeit der Pflegeperson insgesamt.

Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) – Gesetzliche Rentenversicherung –

§ 3 Sonstige Versicherte

- Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit,
1. für die ihnen Kindererziehungszeiten anzurechnen sind (§ 56),
 - 1a. in der sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung oder einer privaten Pflege-Pflichtversicherung hat,
 2. in der sie aufgrund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten,
 - 2a. in der sie sich in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes befinden, wenn sich der Einsatzunfall während einer Zeit ereignet hat, in der sie nach Nummer 2 versicherungspflichtig waren,
 3. für die sie von einem Leistungsträger Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld oder von der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung Pflegeunterstützungsgeld beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung zuletzt versicherungspflichtig waren; der Zeitraum von einem Jahr verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II,
 - 3a. für die sie von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit das Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn dieser Zahlung zuletzt versicherungspflichtig waren; der Zeitraum von einem Jahr verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II,
 4. für die sie Vorruhestandsgeld beziehen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren.

Pflegepersonen, die für ihre Tätigkeit von dem oder den Pflegebedürftigen ein Arbeitsentgelt erhalten, das das dem Umfang der jeweiligen Pflegeetätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne der § 37 des Elften Buches nicht übersteigt, gelten als nicht erwerbsmäßig tätig; sie sind insoweit nicht nach § 1 Satz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig. Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die daneben regelmäßig mehr als 30 Stunden wöchentlich beschäftigt oder selbstständig tätig sind, sind nicht nach Satz 1 Nr. 1a versicherungspflichtig. Wehrdienstleistende oder Zivildienstleistende, die für die Zeit ihres Dienstes Arbeitsentgelt weiter erhalten oder Leistungen an Selbstständige nach § 7 des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, sind nicht nach Satz 1 Nr. 2 versicherungspflichtig; die Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit gilt in diesen Fällen als nicht unterbrochen. Trifft eine Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit einer Versicherungspflicht nach § 1 Satz 1 Nr. 2 oder 3 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind. Die Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 und 4 erstreckt sich auch auf Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben.

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

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

1. einer Kindererziehung,
2. eines Wehrdienstes oder Zivildienstes,
3. eines Bezuges von Sozialleistungen oder von Vorruhestandsgeld

bei ihr versichert sind, in der knappschaftlichen Rentenversicherung durch, wenn diese im letzten Jahr vor Beginn dieser Zeiten zuletzt wegen einer Beschäftigung in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert waren.

§ 166 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter

- (1) Beitragspflichtige Einnahmen sind
 1. bei Personen, die als Wehr- oder Zivildienstleistende versichert sind, 60 vom Hundert der Bezugsgröße, jedoch bei Personen, die Leistungen an

- Nichtselbstständige nach § 6 des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, das Arbeitsentgelt, das dieser Leistung vor Abzug von Steuern und Beitragsanteilen zugrunde liegt,
- 1a. bei Personen, die in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes versichert sind, die daraus gewährten Dienstbezüge in dem Umfang, in dem sie bei Beschäftigten als Arbeitsentgelt zu berücksichtigen wären,
 2. bei Personen, die Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld beziehen, 80 vom Hundert des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 vom Hundert des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem nicht geringfügigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind, und bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung das dem Krankengeld zugrundeliegende Einkommen nicht zu berücksichtigen ist,
 - 2a. bei Personen, die im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld II Übergangsgeld oder Verletztengeld beziehen, monatlich der Betrag von 205 Euro,
 - 2b. bei Personen, die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen; wird dieses Krankengeld nach § 47b des Fünften Buches gezahlt, gilt Nummer 2,
 - 2c. bei Personen, die Teilarbeitslosengeld beziehen, 80 vom Hundert des dieser Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts,
 - 2d. bei Personen, die von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, das diesen Leistungen zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen,
 - 2e. bei Personen, die Krankengeld nach § 45 Absatz 1 des Fünften Buches oder Verletztengeld nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches in Verbindung mit § 45 Absatz 1 des Fünften Buches beziehen, 80 vom Hundert des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts oder des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitseinkommens,
 - 2f. bei Personen, die Pflegeunterstützungsgeld beziehen, 80 vom Hundert des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts,
 3. bei Beziehern von Vorruhestandsgeld das Vorruhestandsgeld,
 4. bei Entwicklungshelfern das Arbeitsentgelt oder, wenn dies günstiger ist, der Betrag, der sich ergibt, wenn die Beitragsbemessungsgrenze mit dem Verhältnis vervielfacht wird, in dem die Summe der Arbeitsentgelte oder Arbeitseinkommen für die letzten drei vor Aufnahme der nach § 4 Abs. 1 versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit voll mit Pflichtbeiträgen belegten Kalendermonate zur Summe der Beträge der Beitragsbemessungsgrenzen für diesen Zeitraum steht; der Verhältniswert beträgt mindestens 0,6667,
 - 4a. bei Personen, die für eine begrenzte Zeit im Ausland beschäftigt sind, das Arbeitsentgelt oder der sich abweichend vom Arbeitsentgelt nach Nummer 4 ergebende Betrag, wenn dies mit der antragstellenden Stelle vereinbart wird; die Vereinbarung kann nur für laufende und künftige Lohn- und Gehaltsabrechnungszeiträume getroffen werden,
 - 4b. bei sonstigen im Ausland beschäftigten Personen, die auf Antrag versicherungspflichtig sind, das Arbeitsentgelt,
 5. bei Personen, die für Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind, 80 vom Hundert des zuletzt für einen vollen Kalendermonat versicherten Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens.
- (2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen bei Pflege einer
1. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 5 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 des Elften Buches
 - a) 100 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,
 - b) 85 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,
 - c) 70 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,
 2. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 4 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer des Elften Buches
 - a) 70 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,
 - b) 59,5 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,
 - c) 49 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,
 3. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 3 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 3 des Elften Buches
 - a) 43 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,
 - b) 36,55 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,
 - c) 30,1 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,
 4. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 2 nach § 15 Absatz 3 Satz 3 Satz 4 Nummer 2 des Elften Buches
 - a) 27 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,
 - b) 22,95 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,

- c) 18,9 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht.

Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus (Mehrfachpflege), sind die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 entsprechend dem nach § 44 Absatz 1 Satz 3 des Elften Buches festgestellten prozentualen Umfang der jeweiligen Pflege Tätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand je pflegebedürftiger Person aufzuteilen. Werden mehrere Pflegebedürftige gepflegt, ergeben sich die beitragspflichtigen Einnahmen jeweils nach den Sätzen 1 und 2.

(3) (wird aufgehoben)

§ 170 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

(1) Die Beiträge werden getragen

1. bei Wehr- oder Zivildienstleistenden, Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes und für Kindererziehungszeiten vom Bund,
2. bei Personen, die
 - a) Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von den Beziehern der Leistung und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen und diese Leistungen nicht in Höhe der Leistungen der Bundesagentur für Arbeit zu zahlen sind, im Übrigen vom Leistungsträger; die Beiträge werden auch dann von den Leistungsträgern getragen, wenn die Bezieher der Leistung zur Berufsausbildung beschäftigt sind und das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen 450 Euro nicht übersteigt,
 - b) Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld beziehen, von den Leistungsträgern,
 - c) Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, vom Leistungsträger,
 - d) für Personen, die Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen erhalten, von der Stelle, die die Leistung erbringt; wird die Leistung von mehreren Stellen erbracht, sind die Beiträge entsprechend anteilig zu tragen,
 - e) Pflegeunterstützungsgeld beziehen, von den Beziehern der Leistung zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im Übrigen
 - aa) von der Pflegekasse, wenn der Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist,
 - bb) von dem privaten Versicherungsunternehmen, wenn der Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfrei ist,
 - cc) von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig, wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge hat und in der sozialen Pflegeversicherung oder bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert ist; ist ein Träger der Rentenversicherung Festsetzungsstelle für die Beihilfe, gelten die Beiträge insoweit als gezahlt; dies gilt auch im Verhältnis der Rentenversicherungsträger untereinander;

die Beiträge werden von den Stellen, die die Leistung zu erbringen haben, allein getragen, wenn die Bezieher der Leistung zur Berufsausbildung beschäftigt sind und das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen 450 Euro nicht übersteigt; Doppelbuchstabe cc gilt entsprechend,

3. bei Bezug von Vorruhestandsgeld von den Beziehern und den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten je zur Hälfte,
4. bei Entwicklungshelfern, bei Personen, die für eine begrenzte Zeit im Ausland beschäftigt sind, oder bei sonstigen im Ausland beschäftigten Personen von den antragstellenden Stellen,
5. bei Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld von den Versicherten selbst,
6. bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen, die einen
 - a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von der Pflegekasse,
 - b) in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfreien Pflegebedürftigen pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,
 - c) Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig; ist ein Träger der Rentenversicherung Festsetzungsstelle für die Beihilfe, gelten die Beiträge insoweit als gezahlt; dies gilt auch im Verhältnis der Rentenversicherungsträger untereinander.

(2) Bezieher von Krankengeld, Pflegeunterstützungsgeld oder Verletztengeld, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind, tragen die Beiträge in Höhe des Vomhundertsatzes, den sie zu tragen hätten, wenn sie in der allgemeinen Rentenversicherung versichert wären; im Übrigen tragen die Beiträge die Leistungsträger. Satz 1 gilt entsprechend für Bezieher von Vorruhestandsgeld, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind.

§ 173 Grundsatz

Die Beiträge sind, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, von denjenigen, die sie zu tragen haben (Beitragsschuldner), unmittelbar an die Träger der Rentenversicherung zu zahlen.

§ 176 Beitragszahlung und Abrechnung bei Bezug von Sozialleistungen, bei Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen

(1) Soweit Personen, die Krankengeld, Pflegeunterstützungsgeld oder Verletztengeld beziehen, an den Beiträgen zur Rentenversicherung beteiligt

sind, zahlen die Leistungsträger die Beiträge an die Träger der Rentenversicherung. Als Leistungsträger gelten bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld auch private Versicherungsunternehmen, Festsetzungsstellen für die Beihilfe und Dienstherren. Für den Beitragsabzug gilt § 28g Satz 1 des Vierten Buches entsprechend.

(2) Das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge für Bezieher von Sozialleistungen können die Leistungsträger und die Deutsche Rentenversicherung Bund durch Vereinbarung regeln. Bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld gilt § 176a entsprechend.

(3) Ist ein Träger der Rentenversicherung Träger der Rehabilitation, gelten die Beiträge als gezahlt. Satz 1 gilt entsprechend bei Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen.

§ 191 Meldepflichten bei sonstigen versicherungspflichtigen Personen

Eine Meldung nach § 28a Abs. 1 bis 3 des Vierten Buches haben zu erstatten

1. für Seelotsen die Lotsenbrüderschaften,
2. für Personen, für die Beiträge aus Sozialleistungen zu zahlen sind, die Leistungsträger und für Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld die soziale oder private Pflegeversicherung,
3. für Personen, die Vorruhestandsgeld beziehen, die zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten,
4. für Entwicklungshelfer oder sonstige im Ausland beschäftigte Personen die antragstellenden Stellen.

§ 28a Abs. 5 sowie die §§ 28b und 28c des Vierten Buches gelten entsprechend.

Siebttes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) – Gesetzliche Unfallversicherung –

§ 45 Voraussetzungen für das Verletztengeld

(4) Im Fall der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines durch einen Versicherungsfall verletzten Kindes gilt § 45 des Fünften Buches entsprechend mit der Maßgabe, dass

1. das Verletztengeld 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts beträgt und
2. das Arbeitsentgelt bis zu einem Betrag in Höhe des 450. Teils des Höchstjahresarbeitsverdienstes zu berücksichtigen ist.

Erfolgt die Berechnung des Verletztengeldes aus Arbeitseinkommen, beträgt dies 80 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens bis zu einem Betrag in Höhe des 450. Teils des Höchstjahresarbeitsverdienstes.

Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

§ 2 Behinderung

(1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung

Anlage 1 (zu § 15)

Einzelpunkte der Module 1 bis 6

Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Monat

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden.

Ziffer	Kriterien	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Ziffer	Kriterien	nie oder selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)	häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5

3.8	Abwehrpflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien:

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12

Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 – 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/ Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.8 sowie die Ausprägung der Kriterien der Ziffern 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung stärker gewichtet.

Die Einzelpunkte der Kriterien der Ziffern 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung „überwiegend inkontinent“ oder „vollständig inkontinent“ getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl und Harn erfolgt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt	teilweise	vollständig
4.13	Ernährung parenteral oder über Sonde	0	6	3

Das Kriterium ist mit „entfällt“ (0 Punkte) zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbstständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das Kriterium ist mit „teilweise“ (6 Punkte) zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.

Das Kriterium ist mit „vollständig“ (3 Punkte) zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt.

Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.K

Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien 4.1 bis 4.13 durch das Kriterium 4.K ersetzt:

Ziffer	Kriterium	Einzelpunkte
4.K	Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen	20

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbstständigen Umgangs mit krankheits oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Das Modul umfasst sechzehn Kriterien.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7: Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbstständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektion (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.1 bis 5.7					
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag					

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal täglich	mindestens einmal bis maximal dreimal täglich	mehr als dreimal bis maximal achtmal täglich	mehr als achtmal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.7 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbstständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.1 bis 5.7 summiert (erfolgt zum Beispiel täglich dreimal eine Medikamentengabe – Kriterium 5.1 – und einmal Blutzuckermessen – Kriterium 5.6 –, entspricht dies vier Maßnahmen pro Tag). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbstständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.8 bis 5.11		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis zweimal wöchentlich	ein- bis dreimal täglich	mindestens dreimal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.8 bis 5.11 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer voraussichtlich für mindestens sechs Monate vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbstständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.8 bis 5.11 summiert. Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den fol-

genden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium in Bezug auf	entfällt oder selbstständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2

Für das Kriterium der Ziffer 5.12 wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die wöchentlich vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die monatlich vorkommen, erfasst. Kommen Maßnahmen regelmäßig täglich vor, werden 60 Punkte vergeben.

Jede regelmäßige wöchentliche Maßnahme wird mit 8,6 Punkten gewertet. Jede regelmäßige monatliche Maßnahme wird mit zwei Punkten gewertet.

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbstständig	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.13	Arztbesuche	0	4,3	1
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	0	4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0	8,6	2
5.K	Besucher von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0	4,3	1

Für jedes der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die wöchentlich und auf Dauer, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, erfasst. Jeder regelmäßige wöchentliche Besuch wird mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen, werden sie doppelt gewertet.

Die Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 – bei Kindern bis 5.K – werden addiert. Die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15 – bei Kindern bis 5.K – werden anhand der Summe der so erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe	Einzelpunkte
0 bis unter 4,3	0
4,3 bis unter 8,6	1
8,6 bis unter 12,9	2
12,9 bis unter 60	3
60 und mehr	6

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 5.16 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
--------	-----------	-----------------------------	---------------------------	-----------------------------	-----------------

5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3
------	---	---	---	---	---

Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sichbeschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3

6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3
-----	--	---	---	---	---

Anlage 2 (zu § 15)

Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)

Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeit im Modul

Module	Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 schwerste	
1 Mobilität	10 %	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 – 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
		0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3
4 Selbstversorgung	40 %	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
		0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
		0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte im Modul 6
7 Außerhäusliche Aktivitäten	Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.						
8 Haushaltsführung							

§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

- (3) Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter weiter. Dem Antragsteller ist spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und
1. liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
 2. wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder
 3. wurde mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart, ist die Begutachtung dort unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. Die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird. Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart, ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und der Antragsteller seitens des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter an die Pflegekasse weiterleiten. In den Fällen der Sätze 3 bis 5 muss die Empfehlung nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 vorliegt. Die Entscheidung der Pflegekasse ist dem Antragsteller unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes oder der beauftragten Gutachter bei der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Antragsteller ist bei der Begutachtung auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens insbesondere für eine umfassende Beratung, das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches und für die Pflegeplanung hinzuweisen. Das Gutachten wird dem Antragsteller durch die Pflegekasse übersandt, sofern er der Übersendung nicht widerspricht. Das Ergebnis des Gutachtens ist transparent darzustellen und dem Antragsteller verständlich zu erläutern. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung des Gutachtens. Der Antragsteller kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen.

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

- (1) Versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind die versicherungspflichtigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies sind:
1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind; für die Zeit des Bezugs von Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch bleibt die Versicherungspflicht unberührt,
 2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch beziehen, auch wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist; ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder ab Beginn des zweiten Monats der Ruhezeit wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 des Dritten Buches) gelten die Leistungen als bezogen,
 - 2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, auch wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden,
 3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler, die nach § 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versicherungspflichtig sind,
 4. selbstständige Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
 5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe, in Berufsbildungswerken oder in ähnlichen Einrichtungen für behinderte Menschen für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
 6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Berufsförderung oder Arbeitsproben, 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 be-

- rufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten (Praktikanten); Auszubildende des Zweiten Bildungsweges, die sich in einem nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnittes befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, 11a oder 12 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,
 12. Personen, die, weil sie bisher keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten, nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Krankenversicherungspflicht unterliegen.

(2) Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 vom Hundert des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird. Satz 1 gilt nicht für Personen, die im Ausland ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat haben, mit dem für Arbeitnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in diesem Staat keine über- oder zwischenstaatlichen Regelungen über Sachleistungen bei Krankheit bestehen.

(2a) Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Satz 2 Nr. 1 gelten Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.

(3) Freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung.

(4) Nehmen Personen, die mindestens zehn Jahre nicht in der sozialen Pflegeversicherung oder der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig waren, eine dem äußeren Anschein nach versicherungspflichtige Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit von untergeordneter wirtschaftlicher Bedeutung auf, besteht die widerlegbare Vermutung, dass eine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung nach Absatz 1 Nr. 1 oder eine versicherungspflichtige selbstständige Tätigkeit nach Absatz 1 Nr. 3 oder 4 tatsächlich nicht ausgeübt wird. Dies gilt insbesondere für eine Beschäftigung bei Familienangehörigen oder Lebenspartnern.

§ 21 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für sonstige Personen

Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung besteht auch für Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Inland, die

1. nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, einen Anspruch auf Heilbehandlung oder Krankenbehandlung haben,
2. Kriegsschadenrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz beziehen,
3. ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen beziehen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,
4. laufende Leistungen zum Unterhalt und Leistungen der Krankenhilfe nach dem Achten Buch beziehen,
5. krankenversorgungsberechtigt nach dem Bundesentschädigungsgesetz sind,
6. in das Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit berufen worden sind,

wenn sie gegen das Risiko Krankheit weder in der gesetzlichen Krankenversicherung noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind.

§ 22 Befreiung von der Versicherungspflicht

(1) Personen, die nach § 20 Abs. 3 in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind, können auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn sie nachweisen, dass sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind und für sich und ihre Angehörigen oder Lebenspartner, die bei Versicherungspflicht nach § 25 versichert wären, Leistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels gleichwertig sind. Die befreiten Personen sind verpflichtet, den Versicherungsvertrag aufrechtzuerhalten, solange sie krankenversichert sind. Personen, die bei Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen erhalten, sind zum Abschluss einer entsprechenden anteiligen Versicherung im Sinne des Satzes 1 verpflichtet.

(2) Der Antrag kann nur innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse gestellt werden. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

§ 23 Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen

(3) Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, sind zum Abschluss einer entsprechenden anteiligen beihilfekonformen Versicherung im Sinne des Absatzes 1 verpflichtet, sofern sie nicht nach § 20 Abs. 3 versicherungspflichtig sind. Die beihilfekonforme Versicherung ist so auszugestalten, dass ihre Vertragsleistungen zusammen mit den Beihilfeleistungen, die sich bei Anwendung der in § 46 Absatz 2 und 3 der Bundesbeihilfeverordnung festgelegten Bemessungssätze ergeben, den in Absatz 1 Satz 2 vorgeschriebenen Versicherungsschutz gewährleisten.

§ 25 Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder nach § 20 Abs. 3 versicherungspflichtig sind,
3. nicht nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind,
4. nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches, überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro.

§ 7 Abs. 1 Satz 3 und 4 und Abs. 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie § 10 Abs. 1 Satz 2 bis 4 des Fünften Buches gelten entsprechend.

(2) Kinder sind versichert:

1. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder Bundesfreiwilligendienst leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt ab dem 1. Juli 2011 auch bei einer Unterbrechung durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten,
4. ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung (§ 2 Abs. 1 des Neunten Buches) zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war.

§ 10 Abs. 4 und 5 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach dem Fünften Buch übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

(4) Die Versicherung nach Absatz 2 Nr. 1, 2 und 3 bleibt bei Personen, die auf Grund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst oder die Dienstleistungen oder Übungen nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes leisten, für die Dauer des Dienstes bestehen. Dies gilt auch für Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes.

§ 26a Beitrittsrecht

(1) Personen mit Wohnsitz im Inland, die nicht pflegeversichert sind, weil sie zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung am 1. Januar 1995 trotz Wohnsitz im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht oder der Mitversicherung in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung erfüllten, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Abs. 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Ausgenommen sind Personen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch beziehen sowie Personen, die nicht selbst in der Lage sind, einen Beitrag zu zahlen. Der Beitritt ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären; er bewirkt einen Versicherungsbeginn rückwirkend zum 1. April 2001. Die Vorversicherungszeiten nach § 33 Abs. 2 gelten als erfüllt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 1 Anwendung.

(2) Personen mit Wohnsitz im Inland, die erst ab einem Zeitpunkt nach dem 1. Januar 1995 bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht pflegeversichert sind und keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Abs. 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Vom Beitrittsrecht ausgenommen sind die in Absatz 1 Satz 2 genannten Personen sowie Personen, die nur deswegen nicht pflegeversichert sind, weil sie nach dem 1. Januar 1995 ohne zwingenden Grund eine private Kranken- und Pflegeversicherung aufgegeben oder von einer möglichen Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung keinen Gebrauch gemacht haben. Der Beitritt ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären. Er bewirkt einen Versicherungsbeginn zum 1. Januar 2002. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 3 Anwendung.

(3) Ab dem 1. Juli 2002 besteht ein Beitrittsrecht zur sozialen oder privaten Pflegeversicherung nur für nicht pflegeversicherte Personen, die als Zuwanderer oder Auslandsrückkehrer bei Wohnsitznahme im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie für nicht versicherungspflichtige Personen mit Wohnsitz im Inland, bei denen die Ausschlussgründe nach Absatz 1 Satz 2 entfallen sind. Der Beitritt ist gegenüber der nach § 48 Abs. 2 gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen schriftlich innerhalb von drei Monaten nach Wohnsitznahme im Inland oder nach Wegfall der Ausschlussgründe nach Absatz 1 Satz 2 mit Wirkung vom 1. des Monats zu erklären, der auf die Beitrittserklärung folgt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 3 Anwendung. Das

Beitrittsrecht nach Satz 1 ist nicht gegeben in Fällen, in denen ohne zwingenden Grund von den in den Absätzen 1 und 2 geregelten Beitrittsrechten kein Gebrauch gemacht worden ist oder in denen die in Absatz 2 Satz 2 aufgeführten Ausschlussgründe vorliegen.

§ 43a Inhalt der Leistung

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 71 Abs. 4), übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 genannten Aufwendungen zehn vom Hundert des nach § 75 Abs. 3 des Zwölften Buches vereinbarten Heimentgelts. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 266 Euro nicht überschreiten. Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen Behinderten zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

§ 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

(1) Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 des Vierten Buches wird, erhalten auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist, sowie für eine damit in Zusammenhang stehende Pflege-Pflichtversicherung. Die Zuschüsse belaufen sich auf die Höhe der Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 240 Abs. 4 Satz 1 des Fünften Buches) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Abs. 4) zu entrichten sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. Für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung werden bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 des Fünften Buches zugrunde gelegt. Bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung sowie bei Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, werden der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a des Fünften Buches zugrunde gelegt. Beschäftigte haben Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, unverzüglich der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem der Pflegebedürftige versichert ist, mitzuteilen.

(4) Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 3 beziehen, erhalten für die Dauer des Leistungsbezuges von den in Absatz 3 bezeichneten Organisationen auf Antrag Zuschüsse zur Krankenversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten. Die Zuschüsse belaufen sich auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung als Leistungsträgeranteil nach § 249c des Fünften Buches aufzubringen wäre, und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. Für die Berechnung nach Satz 3 werden der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a Absatz 2 des Fünften Buches zugrunde gelegt. Für Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 3 beziehen und wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, zahlen die in § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e des Sechsten Buches genannten Stellen auf Antrag Beiträge an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung in der Höhe, wie sie bei Eintritt von Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wären.

§ 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsmächtigung

(1) Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbstständig bewältigen zu können. Angebote zur Unterstützung im Alltag sind

1. Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegfachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),
2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegenden dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),
3. Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des gemäß Absatz 3 erlassenen Landesrechts. Durch ein Angebot zur Unterstützung im Alltag können auch mehrere der in Satz 2 Nummer 1 bis 3 genannten Bereiche abgedeckt werden. In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte

Helferinnen oder Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen, Familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.

(2) Angebote zur Unterstützung im Alltag beinhalten die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärke- oder stabilisierende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegenden zur besseren Bewältigung des Pflegealltags, die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorische Hilfestellungen oder andere geeignete Maßnahmen. Die Angebote verfügen über ein Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots sowie eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten enthält. Das Konzept umfasst ferner Angaben zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen sowie dazu, wie eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert wird. Bei wesentlichen Änderungen hinsichtlich der angebotenen Leistungen ist das Konzept entsprechend fortzuschreiben; bei Änderung der hierfür in Rechnung gestellten Kosten sind die entsprechenden Angaben zu aktualisieren.

(3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne der Absätze 1 und 2 einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote und zur regelmäßigen Übermittlung einer Übersicht über die aktuell angebotenen Leistungen und die Höhe der hierfür erhobenen Kosten zu bestimmen. Beim Erlass der Rechtsverordnung sollen sie die gemäß § 45c Absatz 7 beschlossenen Empfehlungen berücksichtigen.

(4) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag nach § 36 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des nach § 36 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nicht überschreiten. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Satz 1 auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilferechtigung anteilig von der Beihilfestellungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Satz 1 genannten Leistungen entstanden sind. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen nach Satz 1 als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5, 7 und 8 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt. Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Möglichkeit zur anteiligen Verwendung der in § 36 für den Bezug ambulanter Pflegesachleistungen vorgesehenen Leistungsbeträge auch für Leistungen nach Landesrecht anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag nach den Sätzen 1 bis 6 spätestens bis zum 31. Dezember 2018. Die Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b erfolgen unabhängig voneinander.

§ 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

(1) Der Beitragssatz beträgt bundeseinheitlich 2,55 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird durch Gesetz festgesetzt. Für Personen, bei denen § 28 Abs. 2 Anwendung findet, beträgt der Beitragssatz die Hälfte des Beitragssatzes nach Satz 1.

(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von 1/360 der in § 6 Abs. 7 des Fünften Buches festgelegten Jahresarbeitsentgeltgrenze für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze).

§ 71 Pflegeeinrichtungen

(1a) Auf ambulante Betreuungseinrichtungen, die für Pflegebedürftige dauerhaft pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung erbringen (Betreuungsdienste), sind die Vorschriften dieses Buches, die für Pflegedienste gelten, entsprechend anzuwenden, soweit keine davon abweichende Regelung bestimmt ist.

(3) Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne von Absatz 1 und 2 ist neben dem Abschluss einer Ausbildung als

1. Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger,
2. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder
3. Altenpflegerin oder Altenpfleger

eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre erforderlich. Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, gelten auch nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sowie Heilerzieherinnen und Heilerzieher mit einer praktischen Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre als ausgebildete Pflegefachkraft. Die Rahmenfrist nach Satz 1 oder 2 beginnt acht Jahre vor dem Tag, zu dem die verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des Absatzes 1 oder 2 bestellt werden soll. Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft ist ferner Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde.

§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen schließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Land mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen im Land gemeinsam und einheitlich Rahmenverträge mit dem Ziel, eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Für Pflegeeinrichtungen, die einer Kirche oder Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenverträge auch von der Kirche oder Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Pflegeeinrichtung angehört. Bei Rahmenverträgen über ambulante Pflege sind die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe, bei Rahmenverträgen über stationäre Pflege die überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe als Vertragspartei am Vertragsschluss zu beteiligen. Die Rahmenverträge sind für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Inland unmittelbar verbindlich.

(3) Als Teil der Verträge nach Absatz 2 Nr. 3 sind entweder

1. landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten oder
2. landesweite Personalrichtwerte

zu vereinbaren. Dabei ist jeweils der besondere Pflege- und Betreuungsbedarf Pflegebedürftiger mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems zu beachten. Bei der Vereinbarung der Verfahren nach Satz 1 Nr. 1 sind auch in Deutschland erprobte und bewährte internationale Erfahrungen zu berücksichtigen. Die Personalrichtwerte nach Satz 1 Nr. 2 können als Bandbreiten vereinbart werden und umfassen bei teil- oder vollstationärer Pflege wenigstens

1. das Verhältnis zwischen der Zahl der Heimbewohner und der Zahl der Pflege- und Betreuungskräfte (in Vollzeitkräfte umgerechnet), unterteilt nach Pflegegrad (Personalanhaltszahlen), sowie
2. im Bereich der Pflege, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege zusätzlich den Anteil der ausgebildeten Fachkräfte am Pflege- und Betreuungspersonal.

§ 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

(1) Zur Sicherstellung der körperbezogenen Pflege, der pflegerischen Betreuung sowie der Haushaltsführung im Sinne des § 36 soll die Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, um dem Pflegebedürftigen zu helfen, ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen oder dem besonderen Wunsch des Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen; Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind unzulässig. In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Qualität, Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln; § 112 ist entsprechend anzuwenden. Die Vergütungen sind für Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 Absatz 1 zu vereinbaren. In dem Vertrag ist weiter zu regeln, dass die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflegehilfe erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen. Soweit davon abweichend Verträge geschlossen sind, sind sie zu kündigen. Die Sätze 4 und 5 gelten nicht, wenn

1. das Beschäftigungsverhältnis vor dem 1. Mai 1996 bestanden hat und
2. die vor dem 1. Mai 1996 erbrachten Pflegeleistungen von der zuständigen Pflegekasse aufgrund eines von ihr mit der Pflegekraft abgeschlossenen Vertrages vergütet worden sind.

In den Pflegeverträgen zwischen den Pflegebedürftigen und den Pflegekräften sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern vereinbarten Vergütungen zu beschreiben. § 120 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen

(2) In der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden für

1. Maßnahmen einschließlich Kapitalkosten, die dazu bestimmt sind, die für den Betrieb der Pflegeeinrichtung notwendigen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter herzustellen, anzuschaffen, wiederzubeschaffen, zu ergänzen, instandzuhalten oder instandzusetzen; ausgenommen sind die zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter), die der Pflegevergütung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 zuzuordnen sind,
2. den Erwerb und die Erschließung von Grundstücken,
3. Miete, Pacht, Erbbauzins, Nutzung oder Mitbenutzung von Grundstücken, Gebäuden oder sonstigen Anlagegütern,
4. den Anlauf oder die innerbetriebliche Umstellung von Pflegeeinrichtungen,
5. die Schließung von Pflegeeinrichtungen oder ihre Umstellung auf andere Aufgaben.

§ 84 Bemessungsgrundsätze

(8) Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1 und 5, des Absatzes 7 und des § 87a zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Leistungen nach § 43b. Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen abgegolten. Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.

§ 85 Pflegesatzverfahren

(8) Die Vereinbarung des Vergütungszuschlages nach § 84 Absatz 8 erfolgt auf der Grundlage, dass

1. die stationäre Pflegeeinrichtung für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Pflegebedürftigen über zusätzliches Betreuungspersonal, in vollstationären Pflegeeinrichtungen in sozialversicherungspflichtiger

Beschäftigung verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,

- in der Regel für jeden Pflegebedürftigen 5 Prozent der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und
- die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Pflegebedürftige nicht erbracht wird.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind von der stationären Pflegeeinrichtung im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des stationären Pflegevertrages nachprüfbar und deutlich darauf hinzuweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot besteht. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.

§ 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung

(1) Die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Sie muß leistungsgerecht sein. Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

§ 90 Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe zu erlassen, soweit die Versorgung von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfaßt ist. Die Vergütung muß leistungsgerecht sein, den Bemessungsgrundsätzen nach § 89 entsprechen und hinsichtlich ihrer Höhe regionale Unterschiede berücksichtigen. § 82 Abs. 2 gilt entsprechend. In der Verordnung ist auch das Nähere zur Abrechnung der Vergütung zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten zu regeln.

(2) Die Gebührenordnung gilt nicht für die Vergütung von ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe durch Familienangehörige und sonstige Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben. Soweit die Gebührenordnung Anwendung findet, sind die davon betroffenen Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonen nicht berechtigt, über die Berechnung der Gebühren hinaus weitergehende Ansprüche an die Pflegebedürftigen oder deren Kostenträger zu stellen.

§ 110 Regelungen für die private Pflegeversicherung

(1) Um sicherzustellen, dass die Belange der Personen, die nach § 23 zum Abschluß eines Pflegeversicherungsvertrages bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet sind, ausreichend gewahrt werden und dass die Verträge auf Dauer erfüllbar bleiben, ohne die Interessen der Versicherten anderer Tarife zu vernachlässigen, werden die im Geltungsbereich dieses Gesetzes zum Betrieb der Pflegeversicherung befugten privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet,

- 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,
- in den Verträgen, die Versicherungspflichtige in dem nach § 23 Abs. 1 und 3 vorgeschriebenen Umfang abschließen,
 - keinen Ausschluß von Vorerkrankungen der Versicherten,
 - keinen Ausschluß bereits pflegebedürftiger Personen,
 - keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung (§ 33 Abs. 2),
 - keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten,
 - 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,
 - die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 festgelegt,
 - für Ehegatten oder Lebenspartner ab dem Zeitpunkt des Nachweises der zur Inanspruchnahme der Beitragsermäßigung berechtigenden Umstände keine Prämie in Höhe von mehr als 150 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das die in § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 genannten Einkommensgrenzen überschreitet, vorzusehen.

(2) Die in Absatz 1 genannten Bedingungen gelten für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes Mitglied bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen sind oder sich nach Artikel 41 des Pflege-Versicherungsgesetzes innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. Die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 Buchstabe a bis f genannten Bedingungen gelten auch für Verträge mit Personen, die im Basisstarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind. Für Personen, die im Basisstarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach § 152 Absatz 4 Satz 1 oder 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vermindert, darf der Beitrag 50 vom Hundert des sich nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e ergebenden Beitrags nicht übersteigen; die Beitragsbegrenzung für Ehegatten oder Lebenspartner nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe g gilt für diese Versicherten nicht. Für die Aufbringung der nach Satz 3 verminderten Beiträge gilt § 152 Absatz 4 Satz 2 oder 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes entsprechend; dabei gilt Satz 3 mit

der Maßgabe, dass der zuständige Träger den Betrag zahlt, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der sozialen Pflegeversicherung zu tragen ist. Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags zur Pflegeversicherung nach Satz 2 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches, gelten die Sätze 3 und 4 entsprechend; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen.

(3) Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die erst nach Inkrafttreten dieses Gesetzes Mitglied eines privaten Krankenversicherungsunternehmens mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen werden oder die der Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügen, gelten, sofern sie in Erfüllung der Vorsorgepflicht nach § 22 Abs. 1 und § 23 Abs. 1, 3 und 4 geschlossen werden und Vertragsleistungen in dem in § 23 Abs. 1 und 3 festgelegten Umfang vorsehen, folgende Bedingungen:

- Kontrahierungszwang,
- kein Ausschluß von Vorerkrankungen der Versicherten,
- keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht,
- keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung,
- für Versicherungsnehmer, die über eine Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in ihrer privaten Pflegeversicherung oder privaten Krankenversicherung verfügen, keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt; Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e gilt,
- beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 festgelegt.

(4) Rücktritts- und Kündigungsrechte der Versicherungsunternehmen sind ausgeschlossen, solange der Kontrahierungszwang besteht.

(5) Die Versicherungsunternehmen haben den Versicherten Akteneinsicht zu gewähren. Sie haben die Berechtigten über das Recht auf Akteneinsicht zu informieren, wenn sie das Ergebnis einer Prüfung auf Pflegebedürftigkeit mitteilen. § 25 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

Sozialgesetzbuch (SGB) – Zwölftes Buch (XII) – Sozialhilfe –

§ 63b Leistungskonkurrenz

(6) Pflegebedürftige, die ihre Pflege im Rahmen des Arbeitgebermodells sicherstellen, können nicht auf die Inanspruchnahme von Sachleistungen nach dem Elften Buch verwiesen werden. In diesen Fällen ist das geleistete Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege anzurechnen.

(7) Leistungen der stationären Pflege nach § 65 werden auch bei einer vorübergehenden Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus der stationären Einrichtung erbracht, solange die Voraussetzungen des § 87a Absatz 1 Satz 5 und 6 des Elften Buches vorliegen.

§ 75 Einrichtungen und Dienste

(3) Wird die Leistung von einer Einrichtung erbracht, ist der Träger der Sozialhilfe zur Übernahme der Vergütung für die Leistung nur verpflichtet, wenn mit dem Träger der Einrichtung oder seinem Verband eine Vereinbarung über

- Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen (Leistungsvereinbarung),
- die Vergütung, die sich aus Pauschalen und Beträgen für einzelne Leistungsbereiche zusammensetzt (Vergütungsvereinbarung) und
- die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Prüfungsvereinbarung)

besteht. Die Vereinbarungen müssen den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit entsprechen. Der Träger der Sozialhilfe kann die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistung prüfen.

Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden 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) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen bezieht und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

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

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung

in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt.

Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

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

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

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinnngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

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

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

(5) Der Versicherer ist verpflichtet,

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

Versicherung im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu gewähren. Ist der private Krankheitskostenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen, kann bei Wechsel oder Kündigung des Vertrags der Abschluss eines Vertrags im Basistarif beim eigenen oder einem anderen Versicherungsunternehmen unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gemäß § 204 Abs. 1 nur bis zum 30. Juni 2009 verlangt werden. Der Antrag muss bereits dann angenommen werden, wenn bei einer Kündigung eines Vertrags bei einem anderen Versicherer die Kündigung nach § 205 Abs. 1 Satz 1 noch nicht wirksam geworden ist. Der Antrag darf nur abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherer versichert war und der Versicherer

1. den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder
2. vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist.

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

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

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

Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung

Gültig ab 1. Januar 2024

1. Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege	2. Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene
1.1 Pflegebetten	2.1 Produkte zur Hygiene im Bett
• Pflegebetten, manuell verstellbar • Pflegebetten, motorisch höhenverstellbar • Kinder-/Kleinwüchsigenpflegebetten • Pflegebetten, motorisch verstellbar, mit erhöhter Tragfähigkeit • Pflegebetten mit Sitz- und Aufrichtfunktion • Niedrigpflegebetten	• Bettpfannen • Urinflaschen • Urinschiffchen • Urinflaschenhalter • Saugende Bettschutzeinlagen, wieder verwendbar
1.2 Pflegebettenzubehör	2.2 Waschsysteme
• Bettverlängerungen • Bettverkürzungen • Bettaufrichter (Bettgalgen) • sonstige Aufrichthilfen • Bettseitenteile (Seitengitter) • Fixiersysteme für Personen • Seitenpolster für Pflegebetten	• Kopfwaschsysteme • Ganzkörperwaschsysteme
1.3 Bettzurichtungen zur Pflegeerleichterung	Hilfsmittel*:
• Einlegerahmen • Einlegerahmen mit Sitz-/Schwenkfunktion • Einlegerahmen mit erhöhter Tragfähigkeit	2.3 Badewannenlifter
1.4 Spezielle Pflegebettische	• Badewannenlifter, mobil
• Pflegebettische • Bettnachtschränke mit verstellbarer Tischplatte	2.4 Badewanneneinsätze
1.5 Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung	• Badeliegen
• Sitzhilfen bei Chorea Huntington	2.5 Badewannensitze
1.6 Rollstühle mit Sitzkantelung	• Badewannenbretter • Badewannensitze ohne Rückenlehne • Badewannensitze mit Rückenlehne • Badewannensitze mit Rückenlehne, drehbar
1.7 Lagekorrekturhilfen für Bettlaken	2.6 Duschhilfen
• Elektromotorische Lakenaufzugsvorrichtungen	• Duschsitze, an der Wand montiert • Duschhocker • Duschstühle • Duschliegen • Fahrbare Duschliegen • Duschstühle für Kinder und Jugendliche
Hilfsmittel*:	2.7 Toilettensitze
1.8 Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung	• Toilettensitzerhöhungen • Toilettensitzerhöhungen, höhenverstellbar • Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen • Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen, höhenverstellbar • Toilettensitze für Kinder und Jugendliche
1.9 Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert	2.8 Toilettensitzgestelle
• Wandlifter	• Toilettensitzgestelle • Toilettensitzgestelle
1.10 Zubehör für Lifter	2.9 Toilettensitze
• Zubehör für Lifter	• Feststehende Toilettensitze • Toilettensitze für Kinder und Jugendliche • Toilettensitze für Kinder
1.11 Umsetz- und Hebehilfen	2.10 Sicherheitsgriffe und Aufrichthilfen
• Drehscheiben • Positionswechselhilfen • Umlager-/Wendehilfen • Rutschbretter • Umlager-/Wendehilfen zum permanenten Verbleib im Bett	• Badewannengriffe, mobil • Stützgriffe für Waschbecken und Toilette • Boden-/Deckenstangen
Innenraum und Außenbereich	2.11 Dusch-/Toilettenschieberollstühle
1.12 Schieberollstühle	• Dusch-/Toilettenschieberollstühle • Dusch-/Toilettenschieberollstühle, verstärkte Ausführung • Dusch-/Toilettenschieberollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit • Dusch-/Toilettenschieberollstühle für Kinder und Jugendliche • Dusch-/Toilettenschieberollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit
Treppen	
1.13 Treppenfahrzeuge	
• Treppensteighilfen (elektrisch betrieben) • Treppenraupen	

2.12	Toilettenrollstühle	4.4	Liegehilfen zur Vorbeugung
	• Toilettenrollstühle • Toilettenrollstühle, verstärkte Ausführung • Toilettenrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit • Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche • Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit		• Auflagen aus Weichlagerungsmaterialien • Schaummatratzen mit einteiliger Liegefläche • Schaummatratzen mit unterteilter Liegefläche • Schaummatratzen mit austauschbaren Elementen • Schaummatratzen mit integrierter Freilagerung
2.13	Duschrollstühle	5.	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel
	• Dusch- Schieberollstühle • Dusch-Schieberollstühle, verstärkte Ausführung • Duschrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit • Duschrollstühle für Kinder und Jugendliche • Duschrollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit	5.1	Saugende Bettschutzeinlagen
3.	Pflegehilfsmittel zur selbstständigeren Lebensführung/Mobilität		• Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch
3.1	Notrufsysteme	5.2	Schutzbekleidung
	• Hausnotrufsysteme, angeschlossen an Zentrale		• Fingerlinge • Einmalhandschuhe • Medizinische Gesichtsmasken • Schutzhürzen • Schutzservietten zum Einmalgebrauch • Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2 oder vergleichbare Masken)
3.2	Zubehör für Hausnotrufsysteme	5.3	Sonstige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel
	• Alarmsender		• Desinfektionsmittel
3.3	Pflegehilfsmittel zur Verbesserung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten		Hilfsmittel*:
	• Pflegehilfsmittel zur örtlichen Orientierung • Pflegehilfsmittel zur zeitlichen Orientierung • Erinnerungshilfen für wesentliche Ereignisse • Produkte zum Erkennen von Risiken und Gefahren	5.4	Saugende Inkontinenzvorlagen
3.4	Pflegehilfsmittel zur Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen		• Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung • Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung • Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung • Rechteckvorlagen, normale Saugleistung • Rechteckvorlagen, erhöhte Saugleistung • Vorlagen für Urininkontinenz
	• Produkte zur Unterstützung der Medikamenteneinnahme • Produkte zur Messung und Deutung von Körperzuständen	5.5	Fixierhosen für Inkontinenzvorlagen
	Hilfsmittel*:		• Fixierhosen Größe 1/Fixierhosen Größe 2
3.5	Hilfen zum Verlassen/Aufsuchen der Wohnung	5.6	Saugende Inkontinenzhosen (nicht wiederverwendbar)
	• Mobile Rampen zum Befahren mit Rollstühlen und Gehhilfen		• Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen
3.6	Gehhilfen	5.7	Externe Urinaleiter
	• Gehgestelle • Reziproke Gehgestelle • Gehgestelle mit zwei Rollen • Kombi-Gehgestelle (starr/reziprok) • Dreirädrige Gehhilfen (Deltaräder) • Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren) • Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren) mit erhöhter Belastbarkeit		• Urinal-Kondome/Rolltrichter
4.	Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden	5.8	Urin-Beinbeutel
4.1	Lagerungsrollen		• Beinbeutel mit Ablauf, unsteril • Beinbeutel für Rollstuhlfahrer, unsteril
	• Lagerungsrollen • Lagerungshalbrollen	5.9	Urin-Bettbeutel
	Hilfsmittel*:		• Bettbeutel mit Ablauf, unsteril • Bettbeutel ohne Ablauf, unsteril
4.2	Lagerungskeile	5.10	Zubehör für Auffangbeutel
	• Lagerungskeile bis zu 10 / 20 / 30 / über 30 cm		• Haltebänder für Urinbeinbeutel • Halterungen/Taschen für Urinbeinbeutel • Halterungen/Befestigungen für Bettbeutel
4.3	Sitzhilfen zur Vorbeugung		
	• Sitzhilfen aus Weichlagerungsmaterialien		

*** Hilfsmittel:**
Neben den genannten Pflegehilfsmitteln können auch die aufgeführten Hilfsmittel in Standardausstattung im tariflichen Umfang über die private Pflegepflichtversicherung zur Verfügung gestellt werden, wenn sie (pflegerisch) notwendig sind.

Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (GANW-PPV): Gültig ab 1. Januar 2024

1. Allgemeines

Für die große Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2024 und Tarif PV), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

2. Voraussetzungen

- 2.1 Versicherungsberechtigt sind Personen, die vorübergehend nicht in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherungspflichtig sind.
- 2.2 Die große Anwartschaftsversicherung kann nur in unmittelbarem Anschluss an die Beendigung der privaten Pflegepflichtversicherung in dem in Nr. 2.1 genannten Fall abgeschlossen werden. Sie wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Die große Anwartschaftsversicherung ist abgeschlossen, wenn der Versicherer schriftlich die Annahme des Antrages erklärt hat.
- 2.3 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich Mitteilung zu machen, sobald Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung eintritt.

3. Beiträge

- 3.1 Der Beitrag für die große Anwartschaftsversicherung ist ein Monatsbeitrag. Er ist abhängig vom Alter zu Beginn der großen Anwartschaft. Vereinbarte Beitragszuschläge zu der der großen Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung werden während der Dauer der großen Anwartschaft nicht erhoben. Erworbene Rechte aus der der großen Anwartschaft zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung werden beitragsmindernd angerechnet.
- 3.2 Bei einer Änderung der Beiträge der der großen Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 8b MB/PPV 2024 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung mit Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt.
- 3.3 Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung oder in der großen Anwartschaftsversicherung versicherten Person, die wegen Einbeziehung in die Familienversicherung gemäß § 25 SGB XI aus der privaten Pflegepflichtversicherung ausscheiden, sind für die Dauer dieser Familienversicherung beitragsfrei in der großen Anwartschaft der versicherten Person mitversichert.
- 3.4 Bei Wiederaufleben der der großen Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung richtet sich der Beitrag der versicherten Person nach dem ursprünglichen Eintrittsalter unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Beitragsänderungen zuzüglich der vor Beginn der großen Anwartschaft eventuell vereinbarten Beitragszuschläge. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrages gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV 2024 bzw. Nr. 3b) der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI“, nach den „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG“ oder den „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI“, so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.
- 3.5 Endet die große Anwartschaftsversicherung, ohne dass vom Aufleben des Versicherungsschutzes Gebrauch gemacht wird, erlöschen alle erworbenen Rechte; eine Rückzahlung der Beiträge ist ausgeschlossen.

4. Leistungen

Für die Dauer der großen Anwartschaftsversicherung besteht – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

5. Ansprüche aus der großen Anwartschaftsversicherung

- 5.1 Durch den Abschluss einer großen Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, beim Wiedereintreten der Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung diese ohne erneute Gesundheitsprüfung in Kraft zu setzen.
- 5.2 Die Zeit der großen Anwartschaftsversicherung wird auf den Lauf von Wartezeiten und Fristen angerechnet.
- 5.3 Bei Umwandlung einer privaten Pflegepflichtversicherung, auf die die Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 SGB XI Anwendung finden, in eine große Anwartschaft kommen bei Inkraftsetzen oder Wiederaufleben der privaten Pflegepflichtversicherung diese Zusatzvereinbarungen zur Anwendung.

6. Ende der großen Anwartschaftsversicherung

6.1 Kündigung

- 6.1.1 Der Versicherungsnehmer kann die große Anwartschaftsversicherung mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Kalenderjahres kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
- 6.1.2 Der Versicherer verzichtet in der großen Anwartschaftsversicherung auf das ordentliche Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

6.2 Sonstige Beendigungsgründe

- 6.2.1 Mit Wiedereintritt der Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung tritt diese an die Stelle der großen Anwartschaftsversicherung. Ab diesem Zeitpunkt sind die Beiträge gemäß Nr. 3.4 zu entrichten.
- 6.2.2 Die große Anwartschaftsversicherung endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben. Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit die große Anwartschaftsversicherung.

7. Änderung der Besonderen Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung

Für eine Änderung der Besonderen Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung gilt § 18 MB/PPV 2024 entsprechend.

Besondere Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (KANW-PPV): Gültig ab 1. Januar 2024

1. Allgemeines

Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2024 und Tarif PV), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

2. Voraussetzungen

- 2.1. Die Anwartschaftsversicherung kann, vom Versicherungsbeginn 1. Januar 1995 abgesehen, nur in unmittelbarem Anschluss an die Beendigung der privaten Pflegepflichtversicherung in den in Nr. 2.2 genannten Fällen abgeschlossen werden. Sie wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.
- 2.2. Versicherungsberechtigt sind Personen, die vorübergehend in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig oder im Rahmen der Familienversicherung versichert sind.
- 2.3. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich Mitteilung zu machen, wenn die Voraussetzungen nach 2.2 nicht mehr vorliegen.

3. Beiträge

- 3.1. Für jede versicherte Person ist ein Monatsbeitrag zu zahlen, der sich aus dem Versicherungsschein bzw. dessen Nachträgen ergibt.
Besonders vereinbarte Beitragszuschläge zu der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung werden während der Dauer der Anwartschaft nicht erhoben.
- 3.2. Bei einer Änderung der Beiträge der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 8b MB/PPV 2024 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung mit Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt.
- 3.3. Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung oder in der Anwartschaftsversicherung versicherten Person, die wegen Einbeziehung in die Familienversicherung gemäß § 25 SGB XI aus der privaten Pflegepflichtversicherung ausscheiden, sind für die Dauer dieser Familienversicherung beitragsfrei in der Anwartschaft der versicherten Person mitversichert.
- 3.4. Bei Wiederaufleben der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeträge aus der Vorversicherungszeit vor der Anwartschaftsversicherung und zuzüglich der vor Beginn der Anwartschaft eventuell vereinbarten Beitragszuschläge. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrages gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV 2024 bzw. Nr. 3 b) der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI“, nach den „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG“ oder den „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI“, so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.

4. Leistungen

Für die Dauer der Anwartschaftsversicherung besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

5. Ansprüche aus der großen Anwartschaftsversicherung

- 5.1. Durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, bei Wegfall der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung oder bei Beendigung der Familienversicherung die private Pflegepflichtversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung in Kraft zu setzen.
- 5.2. Die Zeit der Anwartschaftsversicherung wird auf den Lauf von Wartezeiten und Fristen angerechnet.
- 5.3. Bei Umwandlung einer privaten Pflegepflichtversicherung, auf die die Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 SGB XI Anwendung finden, in eine Anwartschaft sowie bei Beginn der Anwartschaftsversicherung am 1. Januar 1995 kommen bei Inkraftsetzen oder Wiederaufleben der privaten Pflegepflichtversicherung diese Zusatzvereinbarungen zur Anwendung.

6. Ende der Anwartschaftsversicherung

- 6.1. Kündigung
6.1.1 Der Versicherungsnehmer kann die Anwartschaftsversicherung mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Kalenderjahres kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
6.1.2 Der Versicherer verzichtet in der Anwartschaftsversicherung auf das ordentliche Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
- 6.2. Sonstige Beendigungsgründe
6.2.1 Mit Beginn oder Wiederaufleben der Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung tritt diese an die Stelle der Anwartschaftsversicherung. Ab diesem Zeitpunkt sind die Beiträge gemäß Nr. 3.4 zu entrichten.
6.2.2 Die Anwartschaftsversicherung endet bei Beendigung der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung. Sofern in diesem Fall keine Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung eintritt, kann die private Pflegepflichtversicherung freiwillig mit den Beiträgen nach Nr. 3.4 fortgesetzt werden.
6.2.3 Die Anwartschaftsversicherung endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit die Anwartschaftsversicherung.

7. Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung

Für eine Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung gilt § 18 MB/PPV 2024 entsprechend.

Private Pflegepflichtversicherung – Zusatzvereinbarungen für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten: Gültig ab 1. Januar 2024

In Änderung bzw. Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2024 und Tarif PV) gilt Folgendes:

1. Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten i.S.v. § 20 Abs. 1 Nrn. 9 und 10 SGB XI werden in Tarifstufe PVN versichert. Über die in Satz 1 genannte Eigenschaft ist eine Bescheinigung vorzulegen.
2. Die unter Nr. 1 genannten Versicherten zahlen für Leistungen nach den Nrn. 1 bis 16 des Tarifs PV sowie nach § 4 Abs. 18 MB/PPV 2024 einen monatlichen Beitrag, der sich aus dem Versicherungsschein bzw. dessen Nachträgen ergibt.
3. Besonders vereinbarte Beitragszuschläge ruhen während der Beitrags-einstufung aufgrund der in Nr. 1 genannten Eigenschaft.
4. Bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeträge aus Vorversicherungszeiten. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrags gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV 2024, Nr. 3b) der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und nach § 26a Abs. 1 SGB XI“, der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gem. § 193 Abs. 5 VVG“ oder den „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI“

5. , so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.
6. Nach Wegfall der Eigenschaft gemäß Nr. 1, spätestens ab Vollendung des 39. Lebensjahres, erfolgt die Beitragseinstufung zum dann erreichten Alter nach Maßgabe von Nr. 4 Sätze 1 und 2.
7. Bei einer Beitragsanpassung gemäß § 8b MB/PPV 2024 wird der Beitrag dergestalt begrenzt, dass das Verhältnis zwischen dem Beitrag für die unter Nr. 1 genannten Versicherten und dem jeweiligen Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung dem am 1. Januar 1995 maßgeblichen Verhältnis entspricht.
8. Für eine Änderung dieser Zusatzvereinbarungen gilt § 18 MB/PPV 2024 entsprechend.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung: Gültig ab 1. April 2023

Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017) § 1 - 19

Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege (Pflegekostenversicherung) oder ein Pflegetagegeld sowie sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen. Er erbringt, sofern vereinbart, in der Pflegekostenversicherung damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.
- (2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person nach Maßgabe von § 1a. Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.
- (4) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pflegetagegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus erstreckt er sich in der Pflegekostenversicherung auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Der Versicherer bleibt höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er auch bei Pflege in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen hätte.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Abs. 3) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

zu § 1 (5) Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Personen mit durch Vorerkrankungen erhöhtem Risiko können zu besonderen Bedingungen versichert werden.

zu § 1 (5) Versicherungsschutz im Ausland

Der Versicherungsschutz besteht weltweit. Die vertraglichen Leistungen werden unabhängig davon, wo die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Wohnsitz hat oder wo die versicherte Person Pflegeleistungen in Anspruch nimmt, erbracht.

§ 1a Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit

- (1) Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Pflegebedürftigkeit besteht nur, soweit die versicherte Person die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Absatz 3 festgelegten Schwere bestehen.
- (2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 ist die Beurteilung anhand folgender Kriterien:
- (a) Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
- (b) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
- (c) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerrelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerrelevante inadäquate Handlungen;
- (d) Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten

- der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettensitzes, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
- (e) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
- aa) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
- bb) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
- cc) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
- dd) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
- (f) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

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

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

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

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

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

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

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

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

zu § 2 (1) Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom im Versicherungsschein ausgewiesenen Versicherungsbeginn mit Beginn des Tages an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch.

zu § 2 (2) Versicherungsschutz bei Neugeborenen

Zusätzlich zu Abs. 2 Satz 1 beginnt bei Neugeborenen der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt und ohne Einhaltung der Mindestversicherungszeit eines Elternteils von drei Monaten, wenn zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses des versicherten Elternteils die 20. Schwangerschaftswoche nicht vollendet war.

§ 3 Wartezeit

- (1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die Wartezeit beträgt drei Jahre.
- (3) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

zu § 3 Wartezeiten

Die Wartezeiten entfallen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;
 - c) vorbehaltlich der Regelung des § 1 Abs. 5 solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden;
 - d) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht;
 - e) bei Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;
 - f) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.
- (2) Übersteigt eine Pflegemaßnahme das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- (3) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

zu § 5 (1) a) Kriegsereignisse

Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) a) gilt nicht bei unvorhersehbarem Ausbruch eines Krieges oder Bürgerkrieges im Ausland.

Als unvorhersehbar gilt der Krieg oder Bürgerkrieg, sofern vor Reisebeginn der versicherten Person für das Reisegebiet keine entsprechende Reisewarnung des Auswärtigen Amtes ausgesprochen wurde.

zu § 5 (1) b), c), d) und e)

Die Leistungseinschränkungen nach § 5 (1) b), c), d) und e) entfallen

zu § 5 (1) f) Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

Hierfür sind keine tariflichen Leistungen vereinbart.

zu § 5 (3)

Dieser Hinweis gilt nur für Kostenerstattungstarife.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass die vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.
- (2) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Soweit Nachweise für die private oder soziale Pflegepflichtversicherung erstellt wurden, sind diese vorzulegen.
- (3) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (4) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese als Empfangsberechtigte für de-

ren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

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

(6) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt. Kosten für Übersetzungen können auch von den Leistungen abgezogen werden.

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

zu § 6 (1) Anspruch auf Leistungen

Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn der Pflegebedürftigkeit an erbracht. Sie werden jedoch frühestens ab dem Zeitpunkt ausbezahlt, in dem die Feststellung der Pflegebedürftigkeit nachgewiesen wurde.

zu § 6 (2) Nachweise

Für Eintritt, Grad und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit ist das für die soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung erstellte Gutachten sowie die Leistungszusage der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung maßgeblich.

Kann die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrads nicht im Rahmen der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung erfolgen, z. B. weil die versicherte Person nicht mehr in der deutschen Pflegekasse oder der deutschen PKV versichert ist oder weil sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt hat, wird der Versicherer einen unabhängigen Gutachter beauftragen, der die Pflegebedürftigkeit nach den Begutachtungsverfahren des Sozialgesetzbuches (SGB), Elftes Buch (XI), feststellt. Untersuchungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit finden grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person statt. Sofern durch die Untersuchungen Mehrkosten entstehen, sind diese gesamtschuldnerisch vom Versicherungsnehmer und von der versicherten Person zu tragen.

Mehrkosten sind die Kosten, die höher sind als jene Kosten, die für eine Untersuchung durch einen von uns beauftragten Arzt oder den von uns beauftragten medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung innerhalb Deutschlands entstanden wären.

Der Versicherer ist berechtigt, in begründeten Einzelfällen eine Begutachtung nach Aktenlage durchführen zu lassen.

zu § 6 (6) Überweisungs- und Übersetzungskosten

Unbeschadet der Regelung in Abs. 6 erfolgt die Überweisung der Versicherungsleistungen innerhalb des SEPA-Zahlungsraumes in EURO kostenfrei

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

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

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

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

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

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

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

zu § 8 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Der Versicherer bildet nach der jeweils gültigen Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.

Diese Mittel werden ausschließlich zu Gunsten der Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch:

1. Beitragsrückerstattung,
2. Leistungserhöhung,
3. Beitragssenkung,
4. Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen,
5. in Ausnahmefällen zur Abwendung eines Notstandes.

Die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie die dafür bestimmten Beiträge und Tarife, die teilnahmeberechtigten Personen und ggf. weitere Einzelheiten legt der Vorstand des Versicherers jeweils mit Zustimmung des Treuhänders fest.

zu § 8 (1) Beitragsrate

a) Die Festsetzung der Beiträge richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der zu versichernden Person; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt und dem Geburtsjahr.

b) Für Kinder bzw. Jugendliche (Eintrittsalter 0 bis 15 bzw. 16 bis 20) sind vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 16. bzw. das 21. Lebensjahr vollendet wird, die monatlichen Beitragsraten für die nächst höhere Altersstufe zu zahlen.

zu § 8 (3) Fälligkeit des Erstbeitrags

- a) Die erste Beitragsrate gilt bis zum Eingang der Lastschrift beim Geldinstitut als gestundet.
- b) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

zu § 8 (5) Mahnkosten

Mahnkosten sind die für jede Mahnung tatsächlich anfallenden Kosten für Porto und Material (wie z. B. Papier und Briefumschlag). Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten weiteren Kosten und Gebühren erhoben werden.

§ 8a Beitragsberechnung

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

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

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besondere 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.

zu § 8a (2) Beitragsberechnung

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(2) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zugrunde gelegt.

(3) (entfallen)

(4) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

zu § 8b (1) Beitragsanpassung

Ergibt die in Teil I Absatz 1 genannte Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleis-

tungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Als Beobachtungseinheiten kommen grundsätzlich Erwachsene, Jugendliche und Kinder in Betracht. Abweichende Regelungen werden im Tarif festgelegt. Die Tarifbeschreibung ergibt sich aus dem Tarifteil der AVB (Teil III).

§ 9 Obliegenheiten

(1) Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich – spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist – durch Vorlage eines Nachweises (§ 6 Abs. 1 und Abs. 2) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

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

(3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

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

(5) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind.

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

zu § 9 (1) Meldefrist bei Pflegebedürftigkeit

Es gilt keine Anzeigefrist bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit.

Über die in § 9 Abs. (1) genannten Obliegenheiten hinaus ist nach Eintritt des Versicherungsfalles der Beginn und das Ende einer vollstationären Pflege anzuzeigen.

zu § 9 (2) Anzeigepflicht nach Eintritt des Versicherungsfalles

Auf die Anzeigepflichten gemäß § 9 Abs. (2) wird verzichtet.

zu § 9 (6) Anderweitig bestehende Versicherungen

Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf ohne Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Abs. 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflegetagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.

(2) Wird die in § 9 Abs. 6 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre ausgeübt werden.

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

zu § 10 (2) Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Diese Regelung findet keine Anwendung

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

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

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

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

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

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

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 8 b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

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

zu § 13 Anwartschaftsversicherung

Für die Dauer eines längeren vorübergehenden Auslandsaufenthaltes kann der Versicherungsnehmer für die betreffende versicherte Person eine Anwartschaftsversicherung vereinbaren.

zu § 13 Ruhen der Rechte und Pflichten

(Siehe Besondere Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung)

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten für alle oder einzelne mitversicherte Personen vereinbaren, wenn Arbeitslosigkeit besteht.

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für alle mitversicherte Personen vereinbaren, wenn Zahlungsverzug nach § 38 VVG eintritt und das Ruhen vor Wirksamkeit der Kündigung nach § 38 Abs. 3 Satz 1 und 2 VVG beantragt wird. Das vereinbarte Ruhen gilt unabhängig vom weiteren Bestehen des Zahlungsverzugs für einen Zeitraum von sechs Monaten und beginnt ab dem Zeitpunkt der rückständigen Beiträge.

Nach Beendigung der Ruhenszeit werden auch für Versicherungsfälle, die während der Ruhenszeit eingetreten sind, die vertraglichen Leistungen erbracht, soweit die Behandlungen bzw. Verordnungen in die Zeit nach Wiedereintritt der ursprünglichen Versicherung fallen.

zu § 13 (1) Vertragsdauer

Der Vertrag wird für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Bei Umstufungen wird die Dauer der bestehenden Vorversicherung angerechnet. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf in Textform kündigt.

zu § 13 (6) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Neben der Benennung des künftigen Versicherungsnehmers ist dessen Verpflichtungserklärung zur Fortsetzung des Versicherungsvertrages als Versicherungsnehmer dem Versicherer vorzulegen.

Die bezeichneten Erklärungen haben innerhalb dreier Monate nach Kündigung beim Versicherer einzugehen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn die Versicherung nach Art der Lebensversicherung kalkuliert ist.

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

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

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

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

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

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

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

zu § 15 (1) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Neben der Benennung des künftigen Versicherungsnehmers ist dessen Verpflichtungserklärung zur Fortsetzung des Versicherungsvertrages als Versicherungsnehmer dem Versicherer vorzulegen.

Die bezeichneten Erklärungen haben innerhalb dreier Monate ab dem Todestag des Versicherungsnehmers beim Versicherer einzugehen.

zu § 15 (4) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts

Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person endet nicht mit der Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person aus der Bundesrepublik Deutschland.

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch 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 Überleitungsregel für Leistungsbezieher

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

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

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

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

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 2 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzurufen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

Bundesversorgungsgesetz**§ 35 Pflegezulage**

(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 360 Euro (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 sind Beschädigte, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muß, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Ist die Gesundheitsstörung so schwer, daß sie dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege erfordert, so ist die Pflegezulage je nach Lage des Falles unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 615, 877, 1 125, 1 460 oder 1 797 Euro (Stufen II, III, IV, V und VI) zu erhöhen. Für die Ermittlung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage sind die in der Verordnung zu § 30 Abs. 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.

(2) Wird fremde Hilfe im Sinne des Absatzes 1 von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrages geleistet und übersteigen die dafür aufzuwendenden angemessenen Kosten den Betrag der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wird die Pflegezulage um den übersteigenden Betrag erhöht. Leben Beschädigte mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft, ist die Pflegezulage so zu erhöhen, dass sie nur ein Viertel der von ihnen aufzuwendenden angemessenen Kosten aus der pauschalen Pflegezulage zu zahlen haben und ihnen mindestens die Hälfte der pauschalen Pflegezulage verbleibt. In Ausnahmefällen kann der verbleibende Anteil bis zum vollen Betrag der pauschalen Pflegezulage erhöht werden, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder ein Elternteil von Pflegezulageempfangern mindestens der Stufe V neben den Dritten in außergewöhnlichem Umfang zusätzliche Hilfe leisten. Entstehen vorübergehend Kosten

für fremde Hilfe, insbesondere infolge Krankheit der Pflegeperson, ist die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen über Satz 2 hinaus so zu erhöhen, dass den Beschädigten die pauschale Pflegezulage in derselben Höhe wie vor der vorübergehenden Entstehung der Kosten verbleibt. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder Elternteil nicht nur vorübergehend keine Pflegeleistungen erbringt; § 40a Abs. 3 Satz 3 gilt.

(3) Während einer stationären Behandlung wird die Pflegezulage nach den Absätzen 1 und 2 Empfängern von Pflegezulage nach den Stufen I und II bis zum Ende des ersten, den übrigen Empfängern von Pflegezulage bis zum Ablauf des zwölften auf die Aufnahme folgenden Kalendermonats weitergezahlt.

(4) Über den in Absatz 3 bestimmten Zeitpunkt hinaus wird die Pflegezulage während einer stationären Behandlung bis zum Ende des Kalendermonats vor der Entlassung nur weitergezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte erhalten ein Viertel der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder der Elternteil bis zum Beginn der stationären Behandlung zumindest einen Teil der Pflege wahrgenommen hat. Daneben wird die Pflegezulage in Höhe der Kosten weitergezahlt, die aufgrund eines Pflegevertrages entstehen, es sei denn, die Kosten hätten durch ein den Beschädigten bei Abwägung aller Umstände zuzumutendes Verhalten, insbesondere durch Kündigung des Pflegevertrages, vermieden werden können. Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III erhalten, soweit eine stärkere Beteiligung der schon bis zum Beginn der stationären Behandlung unentgeltlich tätigen Pflegeperson medizinisch erforderlich ist, abweichend von Satz 2 ausnahmsweise Pflegezulage bis zur vollen Höhe nach Absatz 1, in Fällen des Satzes 3 jedoch nicht über den nach Absatz 2 Satz 2 aus der pauschalen Pflegezulage verbleibenden Betrag hinaus.

(5) Tritt Hilflosigkeit im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 gleichzeitig mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung oder während einer stationären Behandlung ein, besteht für die Zeit vor dem Kalendermonat der Entlassung kein Anspruch auf Pflegezulage. Für diese Zeit wird eine Pflegebeihilfe gezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte, die mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft leben, erhalten eine Pflegebeihilfe in Höhe eines Viertels der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I. Soweit eine stärkere Beteiligung der Ehegatten, Lebenspartner oder eines Elternteils oder die Beteiligung einer Person, die den Beschädigten nahesteht, an der Pflege medizinisch erforderlich ist, kann in begründeten Ausnahmefällen eine Pflegebeihilfe bis zur Höhe der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I gezahlt werden.

(6) Für Beschädigte, die infolge der Schädigung dauernder Pflege im Sinne des Absatzes 1 bedürfen, werden, wenn geeignete Pflege sonst nicht sichergestellt werden kann, die Kosten der nicht nur vorübergehenden Heimpflege, soweit sie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich notwendiger Pflege umfassen, unter Anrechnung auf die Versorgungsbezüge übernommen. Jedoch ist den Beschädigten von ihren Versorgungsbezügen zur Bestreitung der sonstigen Bedürfnisse ein Betrag in Höhe der Beschädigtengrundrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 und den Angehörigen ein Betrag mindestens in Höhe der Hinterbliebenenbezüge zu lassen, die ihnen zustehen würden, wenn Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben wären. Bei der Berechnung der Bezüge der Angehörigen ist auch das Einkommen der Beschädigten zu berücksichtigen, soweit es nicht ausnahmsweise für andere Zwecke, insbesondere die Erfüllung anderer Unterhaltspflichten, einzusetzen ist.

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

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

§ 19 Anzeigepflicht

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden 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) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

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

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

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 37 Häusliche Krankenpflege

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, daß dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(1a) Versicherte erhalten an geeigneten Orten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Absatz 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht 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; § 37c Absatz 3 gilt entsprechend. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftig-

keit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird. Versicherte erhalten in stationären Einrichtungen im Sinne des § 43a des Elften Buches Leistungen nach Satz 1, wenn der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert.

(2a) Die gesetzliche Krankenversicherung beteiligt sich an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit einem jährlichen Pauschalbetrag in Höhe von 640 Millionen Euro, der an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung zu leisten ist. Die Zahlung erfolgt anteilig quartalsweise. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhebt hierzu von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(2b) Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 anzunehmen. § 37b Absatz 4 gilt für die häusliche Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung entsprechend.

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

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

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

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können.

(7) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 unter Berücksichtigung bestehender Therapieangebote das Nähere zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden. Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden kann auch in spezialisierten Einrichtungen an einem geeigneten Ort außerhalb der Häuslichkeit von Versicherten erfolgen.

(8) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Juli 2022 Rahmenvorgaben zu einzelnen nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 verordnungsfähigen Maßnahmen, bei denen Pflegefachkräfte, die die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 geregelten Anforderungen erfüllen, innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Versorgungsrahmens selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen können, sowie Vorgaben zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes und zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch den Leistungserbringer über die erbrachten Maßnahmen.

(9) Zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens für die im Rahmen einer Versorgung nach Absatz 8 erbrachten Leistungen pseudonymisieren die Krankenkassen die Angaben zu den Ausgaben jeweils arztbezogen sowie versichertenbezogen. Sie übermitteln diese Angaben nach Durchführung der Abrechnungsprüfung dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der diese Daten für den Zweck der nach Absatz 10 durchzuführenden Evaluierung kassenartenübergreifend zusammenführt und diese Daten dem nach Absatz 10 Satz 2 beauftragten unabhängigen Dritten übermittelt. Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren der Pseudonymisierung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der beauftragte unabhängige Dritte nach Absatz 10 Satz 2 haben die ihnen nach Satz 2 übermittelten pseudonymisierten Daten spätestens ein Jahr nach Abschluss der Evaluierung zu löschen.

(10) Drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen nach Absatz 8 evaluieren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer unter Berücksichtigung der nach Absatz 9 Satz 2 übermittelten Daten insbesondere die mit der Versorgung nach Absatz 8 verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der häuslichen Krankenpflege, die finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung nach Absatz 8 sowie die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität. Die Evaluierung hat durch einen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer gemeinsam zu beauftragenden unabhängigen Dritten zu erfolgen.

Teil III Tarif PZ Pflegemonatsgeldversicherung: Gültig ab 1. Juni 2020

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft*

1. Versicherungsleistungen

1.1 Allgemeines

Das Pflegemonatsgeld wird monatlich bei bestehender Pflegebedürftigkeit (vgl. § 1a (1) und (2) MB/EPV 2017) in der für den jeweiligen Pflegegrad vereinbarten Höhe gezahlt. Es besteht aus verschiedenen Modulen, die nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen in den Versicherungsschutz einbezogen werden können. Der individuell gewählte Leistungsumfang wird im Versicherungsschein dokumentiert. Das Pflegemonatsgeld je Pflegemodul kann grundsätzlich in Stufen von 1 Euro vereinbart werden.

Bei untermonatlicher Feststellung oder Ende der Pflegebedürftigkeit wird für den entsprechenden Monat das versicherte Pflegemonatsgeld in anteiliger Höhe ausbezahlt. Bei untermonatlichem Wechsel in einen höheren oder niedrigeren Pflegegrad wird für den entsprechenden Monat ebenfalls anteilig für die jeweiligen Pflegegrade geleistet. Gleiches gilt bei untermonatlichem Wechsel zwischen ambulanter und vollstationärer Pflege.

1.2 Zusammensetzung des Pflegemonatsgeldes

1.2.1 Ambulante und vollstationäre Pflege

Bei bestehender Pflegebedürftigkeit wird aus den Modulen PZ1 bis PZ5 als Versicherungsleistung das jeweils vereinbarte Pflegemonatsgeld gezahlt.

Folgende Module können einzeln oder in Kombination vereinbart werden:

- Modul PZ1 mit Leistungen für Pflegegrade 1 bis 5,
- Modul PZ2 mit Leistungen für Pflegegrade 2 bis 5,
- Modul PZ3 mit Leistungen für Pflegegrade 3 bis 5,
- Modul PZ4 mit Leistungen für Pflegegrade 4 und 5,
- Modul PZ5 mit Leistungen für Pflegegrad 5.

Das für den jeweiligen Pflegegrad zu zahlende Pflegemonatsgeld ergibt sich aus den in den Versicherungsschutz einbezogenen Modulen und der Summe der darin enthaltenen Leistungen für den jeweiligen Pflegegrad.

Beispiel: Sind die Module PZ2 bis PZ5 vereinbart worden, ergibt sich die Versicherungsleistung für Pflegegrad 4 aus der Summe der in den Modulen PZ2, PZ3 und PZ4 vereinbarten Leistungen.

1.2.2 Erhöhung der Leistung bei Vollstationärer Pflege

Das sich aus den Modulen PZ1 bis PZ5 nach Ziffer 1.2.1 ergebende Monatsgeld kann für vollstationäre Pflege auf einen einheitlichen Betrag erhöht werden (im Folgenden „Erhöhungsbetrag“). Der Erhöhungsbetrag gilt für diejenigen Pflegegrade 2, 3, 4 und 5, für die Leistungen nach Ziffer 1.2.1 vereinbart werden und muss mindestens so hoch sein wie das Pflegemonatsgeld für Pflegegrad 5, welches sich aus der Gesamtleistung der Module PZ1 bis PZ5 nach Ziffer 1.2.1 ergibt.

Der Erhöhungsbetrag darf die vorgenannte Gesamtleistung in Pflegegrad 5 um maximal 40 Prozent übersteigen. Dieser Prozentsatz kann vom Versicherer mit Zustimmung des mathematischen Treuhänders jederzeit erhöht, nicht aber reduziert werden.

Der Erhöhungsbetrag wird durch den Abschluss der Module PZS2 bis PZS5 abgebildet, die ein Monatsgeld für vollstationäre Leistungen bei Pflegebedürftigkeit vorsehen, und zwar:

- Modul PZS2 mit Leistungen für Pflegegrad 2,
- Modul PZS3 mit Leistungen für Pflegegrad 3,
- Modul PZS4 mit Leistungen für Pflegegrad 4,
- Modul PZS5 mit Leistungen für Pflegegrad 5.

Der Versicherer legt dabei jeweils die genaue Höhe des Pflegemonatsgeldes der Module PZS2 bis PZS5 passend zur Absicherung der Module PZ1 bis PZ5 und dem Erhöhungsbetrag fest.

1.3 Definition vollstationäre Pflege

Um vollstationäre Pflege handelt es sich, wenn die versicherte Person in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) gepflegt wird.

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig untergebracht und verpflegt werden (siehe § 71 Abs. 2 SGB XI).

Keine stationären Pflegeeinrichtungen sind stationäre Einrichtungen, in denen die medizinische Versorgung oder medizinische Rehabilitation, die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft oder die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser (siehe § 71 Abs. 4 SGB XI).

1.4 Unterbrechung der vollstationären Pflege

Die vorübergehende Abwesenheit während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung unterbricht die vollstationäre Pflege nicht, solange der Pflegeplatz der versicherten Person aufrechterhalten wird.

Auf Verlangen des Versicherers ist das Aufrechterhalten des Pflegeplatzes für die versicherte Person nachzuweisen. Wird kein Nachweis erbracht, werden für den entsprechenden Zeitraum nur die versicherten Leistungen aus den Modulen PZ1 bis PZ5 erbracht.

2. Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit nach Vertragsabschluss

Tritt bei einer versicherten Person nach Vertragsabschluss Pflegebedürftigkeit in den Pflegegraden 4 oder 5 ein, wird der Tarif für diese Person beitragsfrei gestellt. Die Beitragsfreistellung endet mit dem Wegfall von Pflegebedürftigkeit in Pflegegrad 4 oder 5.

Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem ersten Tag des Monats, der auf den Monat folgt, für den der Versicherer ein Pflegemonatsgeld für Pflegegrad 4 oder 5 zahlt. Sie endet zum letzten Tag des Monats, in dem keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 mehr besteht.

3. Dynamik

3.1 Erhöhung des Pflegemonatsgeldes

- a) Das Pflegemonatsgeld wird für versicherte Personen jährlich zum 01.07. ohne erneute Gesundheitsprüfung um 4 % erhöht. Die Erhöhung erfolgt nicht, falls die versicherte Person zu diesem Termin das 70. Lebensjahr bereits vollendet hat. Die Erhöhung erfolgt erstmals im vierten Versicherungsjahr.
- b) Die Erhöhung erfolgt für das sich aus Ziffer 1.2.1 ergebende Pflegemonatsgeld sowie für einen ggf. vereinbarten Erhöhungsbetrag aus Ziffer 1.2.2 und wird auf den nächsten Euro aufgerundet. Sie beträgt jeweils mindestens 1 Euro.
- c) Eine Erhöhung findet nicht statt, soweit die vom Versicherer in den Annahmerichtlinien festgelegten Versicherungshöchstbeträge erreicht sind (siehe Ziffer 5).

3.2 Widerspruchsrecht

Der Versicherungsnehmer kann hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Erhöhungsmittelung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung widersprechen, mindestens aber noch einen Monat nach dem Wirksamwerden der Erhöhung. Der Widerspruch zur Erhöhung kann nur gesamthaft für eine versicherte Person erfolgen, eine Beschränkung auf einzelne Module ist nicht zulässig.

Wenn in drei aufeinanderfolgenden Jahren der Erhöhung widersprochen wird, erlischt der Anspruch auf Erhöhung ohne Gesundheitsprüfung. Wurde der Dynamisierung in zwei aufeinanderfolgenden Jahren widersprochen, weist der Versicherer den Versicherungsnehmer in der nächsten Mitteilung zur Dynamisierung auf die Folgen eines erneuten Widerspruchs hin.

3.3 Beitrag

Ab dem Zeitpunkt der Erhöhung des Pflegemonatsgeldes ist der nach Ziffer 8.2 zu berechnende Beitrag zu bezahlen.

4. Nachversicherungsoptionen

4.1 Optionsausübung in Abhängigkeit von persönlichen Anlässen

Der Versicherungsnehmer hat bei verschiedenen Ereignissen das Recht, das vereinbarte Pflegemonatsgeld für die betroffene versicherte Person ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen, sofern die versicherte Person das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Bei Vorliegen eines der folgenden Ereignisse können das versicherte Pflegemonatsgeld in allen vereinbarten Modulen PZ1 bis PZ5 und ein ggf. nach Ziffer 1.2.2. vereinbarter Erhöhungsbetrag um bis zu 25 %, jedoch je Pflegegrad maximal bis zu den in den Annahmerichtlinien festgelegten Höchstsätzen (siehe Ziffer 5) erhöht werden. Die Erhöhung kann nur gesamthaft erfolgen, d.h. das Monatsgeld der Module PZ1 bis PZ5 sowie der Erhöhungsbetrag müssen um denselben Prozentsatz erhöht werden.

Ereignisse zur Ausübung des Optionsrechtes sind:

- a) Berufsausbildung oder Studium

Dieses Recht besteht, wenn die versicherte Person den erfolgreichen Abschluss einer Berufsausbildung oder eines Studiums an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule vorweisen kann. Das Recht kann pro versicherter Person nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit ausgeübt werden.

- b) Erwerb einer Immobilie

Dieses Recht besteht, sofern die versicherte Person ein Darlehen zum Kauf einer Immobilie aufnimmt und die Immobilie nach Erwerb selbst zum Wohnen nutzt. Es kann pro versicherter Person nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit ausgeübt werden.

- c) Weitere Anlässe sind:

- Heirat der versicherten Person
- Scheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft der versicherten Person
- Geburt eines eigenen Kindes der versicherten Person oder Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person
- Verlegung des Erstwohnsitzes der versicherten Person in ein anderes Bundesland
- Erstmaliger Eintritt der Pflegebedürftigkeit des Ehepartners der versicherten Person oder ihres eingetragenen Lebenspartners nach Lebenspartnerschaftsgesetz
- Tod des Ehepartners oder eingetragenen Lebenspartners nach Lebenspartnerschaftsgesetz der versicherten Person
- Tod eines leiblichen oder adoptierten Kindes der versicherten Person

Der Antrag auf Erhöhung muss innerhalb von drei Monaten nach Eintritt des auslösenden Ereignisses beim Versicherer gestellt werden und wird zum ersten Tag des nächsten Monats nach Antragstellung wirksam. Der Eintritt des Ereignisses ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

* Hinweis: Soweit in den AVB Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017) und in Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft die Pflegegeldversicherung genannt ist, erstreckt sich die jeweilige Regelung ohne Ausnahme entsprechend auf die Pflegemonatsgeldversicherung.

4.2 Optionsausübung in Abhängigkeit vom Versicherungsbeginn im Tarif PZ

Der Versicherungsnehmer hat zusätzlich und unabhängig von den in Ziffer 4.1 genannten Anlässen das Recht, für jede versicherte Person einmalig innerhalb von fünf Jahren nach Beginn des Versicherungsschutzes im Tarif PZ, frühestens jedoch ab Vollendung des 21. Lebensjahres und maximal bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person, die vereinbarten Pflegemonatsgelder ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Dabei dürfen die Pflegemonatsgelder je Pflegegrad jeweils um bis zu 600 Euro, maximal aber bis zu den in den Annahmerichtlinien des Versicherers festgelegten Obergrenzen (siehe Ziffer 5), erhöht werden. Dies gilt auch für einen Neueinschluss der Module PZS bei stationärer Pflege gemäß Ziffer 1.2.2.

4.3 Hinzuvversicherung oder Anpassung von Tarifen bei Ausübung einer Nachversicherungsoption

Wird eine der unter Ziffern 4.1 oder 4.2 genannten Nachversicherungsoptionen ausgeübt, können auch Pflegezusatz-Tarife, die Versicherungsschutz nach Tarif PZ voraussetzen (PZA, PZAS, PZEL), hinzuvversichert oder angepasst werden.

Die vereinbarten Leistungshöhen, sofern die Tarife solche als wählbar vorsehen, dürfen dabei die in den Annahmerichtlinien des Versicherers festgelegten Obergrenzen (siehe Ziffer 5) nicht überschreiten.

4.4 Allgemeine Voraussetzungen der Optionsausübung

Sämtliche unter den Ziffern 4.1 bis 4.3 genannten Nachversicherungsoptionen sind für eine versicherte Person ausgeschlossen, sofern zum Zeitpunkt der Stellung des Antrags zur Ausübung des Optionsrechtes eine anerkannte Schwerbehinderung (Grad der Behinderung von mindestens 50) besteht. Gleiches gilt, sofern innerhalb der letzten 24 Monate vor Stellung des Antrags zur Ausübung des Optionsrechtes ein Antrag auf Pflegeleistungen für die versicherte Person gestellt wurde oder innerhalb dieses Zeitraumes Pflegebedürftigkeit für mindestens einen Tag bei der versicherten Person bestand.

4.5 Beitrag

Ab dem Zeitpunkt der Erhöhung des Pflegemonatsgeldes ist der nach Ziffer 8.2 zu berechnende Beitrag zu bezahlen.

5. Versicherungshöchstbeträge und Obergrenzen

Die maßgeblichen Versicherungshöchstbeträge und Obergrenzen sind Bestandteil des Versicherungsvertrages und werden dem Versicherungsnehmer spätestens zum Vertragsschluss ausgehändigt. Der Versicherer kann die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses gültigen Versicherungshöchstbeträge und Obergrenzen im Laufe der Zeit erhöhen. Eine Reduzierung der bei Vertragsschluss maßgeblichen Versicherungshöchstbeträge und Obergrenzen ist ausgeschlossen.

6. Besonderes Umstellungsrecht

Führt der Versicherer in Folge von Änderungen der gesetzlichen Regelungen in der sozialen Pflege- oder in der privaten Pflegepflichtversicherung (SPV/PPV) neue Pflegetarife ein, haben die versicherten Personen das Recht, in einen solchen Tarif zu wechseln.

Das Umstellungsrecht muss innerhalb von drei Monaten nach Einführung des neuen Tarifs ausgeübt werden.

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung bis zur Höhe des bisherigen Versicherungsschutzes. Bisher vereinbarte Zuschläge können entsprechend geändert werden.

7. Kündigungsrecht des Versicherers

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

8. Beiträge

8.1 Beitragsberechnung

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. zu § 8 a (2) AVB). Kinder bzw. Jugendliche (Altersgruppe 0 bis 15 bzw. Altersgruppe 16 bis 20) zahlen ab Alter 16 bzw. ab Alter 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. zu § 8 a (2) AVB).

8.2 Berechnung des Mehrbeitrags bei Dynamik (Ziffer 3) und Nachversicherung (Ziffer 4)

Der Beitrag für das hinzukommende Pflegemonatsgeld nach Ziffern 3, 4.1, 4.2 oder für nach Ziffer 4.3 hinzukommende Tarife wird nach dem zum Änderungszeitpunkt erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet.

Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Erhöhung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Erhöhung bestehen.

8.3 Staffel-Option

Der Tarif PZ kann bei Versicherungsbeginn zu einem modifizierten Beitrag (Staffel-Option) abgeschlossen werden, sofern das Eintrittsalter der versicherten Person bei Versicherungsbeginn mindestens 21 und höchstens 50 Jahre beträgt.

In diesem Fall reduziert sich der Beitrag in den ersten Versicherungsjahren. Während des Optionszeitraums erhöht sich der Beitrag schrittweise, was im späteren Verlauf zu einem höheren Beitrag gegenüber dem Beitrag ohne Staffel-Option führt.

Einzelheiten zum Beitragsverlauf und zum Beginn und Ende des Optionszeitraums können dem Versicherungsschein entnommen werden.

Die Staffel-Option kann auf Antrag des Versicherungsnehmers innerhalb des Optionszeitraums jederzeit zum nächsten Monatsersten beendet werden.

Teil III Tarif PZA Pflege-Airbag: Gültig ab 1. Juni 2020

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft*

1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, für die bei der Württembergische Krankenversicherung AG eine Pflegemonats- oder eine Pflegetagegeldversicherung besteht.

2. Versicherungsleistung

Bei erstmaligem Eintritt von Pflegebedürftigkeit in Pflegegrad 2 oder höher erhält die versicherte Person während der folgenden 6 Monate der Pflegebedürftigkeit (Auszahlungszeitraum) zusammen mit dem Pflegemonats- bzw. Pflegetagegeld eine zusätzliche monatliche Geldleistung in der vereinbarten Höhe.

3. Ende der Versicherung bei Einstufung in Pflegegrad 2 oder höher

Die Versicherung endet mit Ablauf des Auszahlungszeitraums nach Ziffer 2.

Stirbt die versicherte Person vor Ablauf des Auszahlungszeitraums, endet der Versicherungsschutz und damit der Auszahlungsanspruch zum Ende des Monats, in dem der Tod eingetreten ist.

4. Ende der Beitragszahlung

Die Beitragszahlung endet zum letzten Tag des Monats, in dem der Versicherungsfall eingetreten ist.

5. Kündigungsrecht des Versicherers

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

6. Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. zu § 8 a (2) AVB). Kinder bzw. Jugendliche (Altersgruppe 0 bis 15 bzw. Altersgruppe 16 bis 20) zahlen ab Alter 16 bzw. ab Alter 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. zu § 8 a (2) AVB).

* Hinweis: Soweit in den AVB Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017) und in Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft die Pflegetagegeldversicherung genannt ist, erstreckt sich die jeweilige Regelung ohne Ausnahme entsprechend auf die Pflegemonatsgeldversicherung.

Teil III Tarif PZAS Pflege-Assistance: Gültig ab 1. Juni 2020

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft

1. Allgemeine Regelungen

Soweit in den AVB Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017) und in Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft die Pflegetagegeldversicherung genannt ist, erstreckt sich die jeweilige Regelung mit folgenden Ausnahmen entsprechend auf die Pflegemonatsgeldversicherung und auf die Pflege-Assistance-Dienstleistungen:

1.1 Auslandsgehung

§ 1 Abs. 5 Satz 2 MB/EPV 2017 und Teil II der Tarifbedingungen zu § 1 Abs. 5 und zu § 15 Abs. 4 gelten nicht. Assistance-Leistungen werden ausschließlich innerhalb von Deutschland erbracht.

1.2 Tarif nach Art der Schadenversicherung

Die Versicherung nach Tarif PZAS wird nach Art der Schadenversicherung betrieben. Daraus ergeben sich folgende Anpassungen:

AVB Teil I § 1 Abs. 6 MB/EPV 2017 gilt mit der Maßgabe, dass Alterungsrückstellungen in Tarif PZAS nicht gebildet werden.

AVB Teil II der Tarifbedingungen zu § 8 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung) findet keine Anwendung.

AVB Teil I § 8 a MB/EPV 2017 gilt mit der Maßgabe, dass Alterungsrückstellungen in Tarif PZAS nicht gebildet werden.

AVB Teil I § 8 b (1) MB/EPV 2017 und AVB Teil II zu § 8 b (1) gelten mit der Maßgabe, dass die Regelungen zu den Sterbewahrscheinlichkeiten keine Anwendung finden.

2. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, für die bei der Württembergische Krankenversicherung AG eine Pflegemonats- oder eine Pflegetagegeldversicherung besteht.

3. Versicherungsleistungen

Die Versicherungsleistungen sind in drei Leistungsphasen aufgeteilt. Der Versicherer erbringt in dem je Leistungsphase definierten Versicherungsfall die nachstehend aufgeführten Assistance-Leistungen. Der Versicherer beauftragt hierfür einen qualifizierten Dienstleister (Assistent), der die Leistungen entweder selbst erbringt oder seinerseits durch einen von ihm beauftragten Dritten erbringen lässt.

Die Organisation der Assistance-Leistungen über den Versicherer bzw. über dessen Assistent ist Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen nach diesem Tarif.

Die Assistance-Leistungen können unter der Telefonnummer 0711/662 725120 beantragt bzw. abgerufen werden.

3.1 Leistungsphase 1

Der Versicherungsfall in Leistungsphase 1 tritt ein, wenn für einen Angehörigen ersten Grades (Eltern und Kinder, auch Adoptivkinder) oder für einen der beiden Schwiegereltern (Eltern des Ehe- oder eingetragenen Lebenspartners) der versicherten Person Pflegebedürftigkeit ärztlich vermutet wird. Der Versicherer ist berechtigt, sowohl über das Vorliegen der Verwandtschaftsbeziehung als auch über die vermutete Pflegebedürftigkeit einen Nachweis, beispielsweise in Form einer Geburts- oder Heiratsurkunde bzw. eines ärztlichen Attests, zu verlangen.

Die Leistungspflicht endet mit der Anerkennung eines Pflegegrades oder der Ablehnung des Antrages durch die soziale Pflegeversicherung bzw. durch die private Pflegepflichtversicherung, spätestens jedoch 12 Wochen nach Eintritt des Versicherungsfalles.

Für die betroffene Person muss unmittelbar nach Kenntnis der vermuteten Pflegebedürftigkeit ein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt werden. Wird ein solcher Antrag nicht innerhalb einer Woche nach Eintritt des Versicherungsfalles gestellt, endet die Leistungspflicht des Versicherers bereits zu diesem Zeitpunkt.

Folgende Leistungen werden in Leistungsphase 1 zur Versorgung der genannten betroffenen Angehörigen erbracht:

- Allgemeine Beratung zu Leistungen der Pflegeversicherung nach Elftes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung (SGB XI).
- Übernahme der Kosten eines „Pflege-Managers“ zur Pflegeberatung und -planung, sowohl telefonisch als auch vor Ort unter Berücksichtigung der familiären, sozialen und häuslichen Situation. Nach der Beratung zur Beantragung von Pflegeleistungen wird Unterstützung bei der Antragstellung sowie Hilfe bei eventuellen Widerspruchsverfahren angeboten. Darüber hinaus erfolgen eine Beratung zu Pflegeschulungen, Freizeitbetreuung, Selbsthilfegruppen, Institutionen oder sozialen Einrichtungen sowie eine Beratung für den Pflegealltag mit dem Ziel, Hilfestellungen zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege zu geben.
- Übernahme des konkreten Pflegefalles hinsichtlich:
 - Beratung und Begleitung von Pflegeeinstufungen
 - Beratung zur Finanzierung von Pflegeleistungen und Heimplätzen
 - Beratung innerhalb des Entlassungsmanagements (kurzfristige Sicherung von Versorgungssituationen nach dem Krankenhausaufenthalt)
 - Beratung zu Pflegeleistungen, haushaltsunterstützenden Dienstleistungen und Beratung zu Kuren
 - Beratung zu Freizeit-, Bildungs- und Reiseangeboten für Pflegebedürftige und deren Angehörige
 - Beratung und Begleitung im Rahmen des Antragverfahrens einer Schwerbehinderung, inkl. Widerspruchsverfahren.
 - Beratung und Begleitung der Sozialhilfeantragstellung, inkl. Widerspruchsverfahren

- Fachberatung zu speziellen Krankheitsbildern (Depressionen, Parkinson, Demenz)
- Beratung zu Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen.

Sofern für die weiterführende Beratung oder für die Verfolgung von Rechtsansprüchen die Inanspruchnahme eines Rechtsanwalts erfolgt, fallen die dabei entstehenden Kosten nicht unter den Versicherungsschutz und werden nicht erstattet.

- Organisation einer Pflegeschulung für bis zu zwei pflegende Personen. Übernommen werden hierbei Kosten in Höhe von maximal 150 Euro pro pflegender Person.
- Benennung und Vermittlung folgender Dienstleister:
 - Ambulante häusliche Pflegedienste
 - Teilstationäre Pflegeeinrichtungen
 - Kurzzeitpflegeeinrichtungen
 - Tag- und Nachtwache

Die Kosten, die durch den Einsatz dieser Dienstleister entstehen, fallen nicht unter den Versicherungsschutz und werden nicht erstattet.

- Benennung von Ersatzpflegekräften
- Benennung und Vermittlung von spezialisierten Fachberatern zur telefonischen oder Vor-Ort-Beratung zu geeigneten behindertengerechten Umbaumaßnahmen der Wohnung und Information zu den zugehörigen Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Die Beratungskosten werden übernommen; Kosten für Architekten oder ausführende Handwerker fallen nicht unter den Versicherungsschutz und werden nicht erstattet.
- Telefonische Erstberatung sowie bis zu fünf telefonische Folgegespräche mit Psychologen. Folgende Leistungen werden in diesem Rahmen erbracht:
 - Stabilisierung und Beruhigung der Betroffenen
 - Information zu Risiken einer psychotraumatischen Belastungsstörung
 - Information zu Hilfsquellen
 - Stressmanagement/Selbstmanagement
 - Präventive Instruktion
 - Empfehlungen zur Nachsorgeplanung
 - Unterstützung der natürlichen Selbstheilungsprozesse

Die Kosten der Erstberatung sowie der Folgegespräche werden übernommen.

Zudem können verschiedene Beratungseinrichtungen und Selbsthilfegruppen (für die zu Pflegenden sowie deren Angehörige) sowie Trauergruppen vermittelt bzw. benannt werden. Kosten für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und Gruppen fallen nicht unter den Versicherungsschutz und werden nicht erstattet.

- Einsatz eines Mediators mit Befähigung zur Pflege-Mediation: Unter Pflege-Mediation versteht man die Vermittlung zwischen den Angehörigen und/oder der zu pflegenden Person bei akuten emotionalen Stresssituationen im Zusammenhang mit der Pflege.
- Die Kosten für den Einsatz des Mediators werden übernommen.
- Vermittlung eines Umzugsunternehmens und eines Dienstleisters zur Wohnungsauflösung, wenn für die betroffene Person ein Umzug in ein Pflegeheim bevorsteht. Kosten für den Einsatz dieser Unternehmen fallen nicht unter den Versicherungsschutz und werden nicht erstattet.
- Einmal im Monat werden bei Bedarf für die zu pflegende Person eine mobile Fußpflege und ein mobiler Friseur vermittelt. Kosten für den Einsatz dieser Dienstleister fallen nicht unter den Versicherungsschutz und werden nicht erstattet.

3.2 Leistungsphase 2

Der Versicherungsfall in Leistungsphase 2 tritt ein, wenn für die versicherte Person Pflegebedürftigkeit ärztlich vermutet wird. Der Versicherer ist berechtigt, darüber einen Nachweis, beispielsweise in Form eines ärztlichen Attests, zu verlangen.

Die Leistungspflicht endet mit der Anerkennung eines Pflegegrades oder der Ablehnung des Antrages durch die soziale Pflegeversicherung bzw. durch die private Pflegepflichtversicherung, spätestens jedoch 12 Wochen nach Eintritt des Versicherungsfalles.

Für die versicherte Person muss unmittelbar nach Kenntnis der vermuteten Pflegebedürftigkeit ein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt werden. Wird ein solcher Antrag nicht innerhalb einer Woche nach Eintritt des Versicherungsfalles gestellt, endet die Leistungspflicht des Versicherers bereits zu diesem Zeitpunkt.

Folgenden Leistungen werden in Leistungsphase 2 erbracht:

- Alle Leistungen aus Leistungsphase 1

Darüber hinaus werden folgende Dienstleistungen vermittelt und organisiert. Die von den Dienstleistern erhobenen Entgelte werden dabei innerhalb der Leistungsdauer von Leistungsphase 2 übernommen, insgesamt jedoch maximal 7.500 Euro.

- Die versicherte Person erhält bei Bedarf eine Grundpflege. Zu den Leistungen der Grundpflege zählen
 - Körperpflege einschließlich Teil- oder Ganzwaschungen,
 - Hilfe beim An- und Auskleiden,
 - Hilfe beim Verrichten der Notdurft,
 - Lagerung im Bett,
 - Hilfe bei der Durchführung von Bewegungsübungen,
 - Zubereitung von Mahlzeiten
 - Hilfe bei der Nahrungsaufnahme.

Die Grundpflege ist maximal bis zu drei Stunden pro Tag erstattungsfähig.

- Einmal pro Woche wird innerhalb der Wohnung bzw. des Hauses der versicherten Person der übliche Wohnbereich (z. B. Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Küche, Bad und Toilette) im allgemein üblichen Umfang gereinigt. Voraussetzung ist, dass die Räume sich nicht in einem verwahrlosten Zustand befinden. Übernommen werden die Kosten für die Reinigung bis maximal 3 Stunden je Woche.
- Einmal in der Woche werden die Wäsche und Kleidung der versicherten Person gewaschen, getrocknet, gebügelt, ausgetrocknet, sortiert und eingeräumt sowie ihre Schuhe gepflegt. Übernommen werden die Kosten für die Versorgung der Wäsche bis maximal 3 Stunden je Woche.

- Bis zu zweimal in der Woche werden folgende Tätigkeiten durchgeführt, sofern die Notwendigkeit hierfür besteht:
 - Zusammenstellung des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs,
 - Botengänge zur Bank oder zu den Behörden,
 - das Besorgen von Rezepten oder Medikamenten in einer Apotheke,
 - der Einkauf von Lebensmitteln und Gegenständen des täglichen Bedarfs einschließlich Unterbringung der besorgten Gegenstände sowie
 - das Bringen von Wäsche zur Reinigung und deren Abholung.
 Übernommen werden die Kosten für diese Dienstleistungen bis maximal 3 Stunden je Woche. Kosten für die Einkäufe werden nicht übernommen.
- Organisation und Kostenübernahme einer Essenslieferung. Je nach Verfügbarkeit erfolgt eine tägliche oder wöchentliche Anlieferung. Übernommen werden die Kosten für bis zu 7 Mahlzeiten je Woche für die Mitglieder des Haushalts der versicherten Person. Als Mitglieder des Haushalts gelten dabei neben der versicherten Person selbst deren Ehe- bzw. Lebenspartner sowie minderjährige Kinder.
- Zweimal in der Woche wird im Radius von maximal 20 Strecken-Kilometern ein Fahrdienst zu Ärzten, Behörden, Krankengymnastik und Therapien organisiert und die Kosten des Fahrdienstes übernommen.
- Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf der Garten am selbstbewohnten Haus oder der selbstbewohnten Wohnung der versicherten Person versorgt. Voraussetzung ist, dass sich der Garten vor dem Leistungsfall nicht in einem verwahrlosten Zustand befand. Zu den Arbeiten zählen z. B. Rasen mähen, Laub entfernen und Pflanzen wässern. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich drei Stunden begrenzt. Anfallende Gebühren und Kosten (z. B. für Strom, Wasser und Abtransport von Schnittgut) werden nicht übernommen.
- Bei Bedarf wird der Schnee rund um das selbstbewohnte Haus oder der selbstbewohnten Wohnung der versicherten Person geräumt. Hierzu zählt auch das Ausbringen von Streugut. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich drei Stunden begrenzt. Anfallende Gebühren und Kosten (z. B. für Streugut) werden nicht übernommen.
- Bei Bedarf werden bis zu 3 Stunden je Woche allgemeine Hausdienste, die der versicherten Person im Rahmen der Hausordnung obliegen (z. B. Reinigung des Treppenhauses), übernommen.
- Organisation der Betreuung der im Haushalt der versicherten Person lebenden Kinder unter 16 Jahren, wenn die versicherte Person hierzu nicht in der Lage ist. Diese Leistung wird so lange erbracht, bis die Betreuung anderweitig übernommen werden kann, z. B. durch Verwandte. Übernommen werden die Kosten für bis zu 25 Stunden je Woche.
- Organisation der Betreuung der Haustiere der versicherten Person, sofern es sich um gewöhnliche Haustiere wie z. B. Hunde, Katzen, Vögel etc. handelt. Die Kosten des Tiertransports und der Betreuung werden bis zu einem Betrag von 500 Euro übernommen.
- Information zu Pflegehilfsmitteln (z. B. Krankenbett, Rollstuhl, Gehhilfen) und den zugehörigen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung bzw. der privaten Pflegepflichtversicherung.
- Vermittlung der Installation einer Hausnotrufanlage mit einem Funkfinger für die versicherte Person, sofern die erforderlichen technischen Voraussetzungen hierfür vorhanden sind. Über die Hausnotrufanlage ist für die versicherte Person rund um die Uhr eine Notrufzentrale erreichbar, die im Notfall entsprechende Hilfe veranlasst. Übernommen werden die Kosten für die Installation, nicht jedoch für den laufenden Betrieb der Anlage.

Endet die Leistungsphase 2, können Leistungen aus der Pflegemonats- bzw. Pflegetagegeldversicherung in Anspruch genommen werden. Diese sind beim Versicherer zu beantragen. Ohne Antrag werden keine Leistungen aus der Pflegemonats- bzw. Pflegetagegeldversicherung erbracht.

3.3 Leistungsphase 3

Der Versicherungsfall in Leistungsphase 3 tritt ein, wenn für die versicherte Person Pflegebedürftigkeit besteht (AVB Teil I § 1a MB/EPV 2017).

Folgenden Leistungen werden in Leistungsphase 3 erbracht:

Im Rahmen der ambulanten Pflege der versicherten Person wird bis zu zweimal pro Kalenderjahr ein Pflegedienst vermittelt, der die vorübergehende Betreuung des Pflegebedürftigen übernimmt (z. B. weil die Pflegeperson in diesem Zeitraum nicht zur Verfügung steht). Zeitraum und Dauer der vorübergehenden Betreuung können bei Inanspruchnahme der Leistung mit dem Assistenten vereinbart werden.

In der Regel wird diese Leistung innerhalb von 72 Stunden, oft sogar schneller, vermittelt. Es besteht kein Anspruch auf Entschädigung, falls dieser Zeitraum nicht eingehalten werden kann.

Die für die Betreuung durch den Pflegedienst entstehenden Kosten fallen nicht unter den Versicherungsschutz und werden nicht erstattet.

4. Kündigungsrecht des Versicherers

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

5. Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Teil III Tarif PZEL Pflege-Einmalleistung: Gültig ab 1. Juni 2020

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft*

1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, für die bei der Württembergische Krankenversicherung AG eine Pflegemonats- oder eine Pflegetagegeldversicherung besteht.

2. Versicherungsleistung

Bei erstmaliger Einstufung in Pflegegrad 2 oder höher erhält die versicherte Person eine Einmalleistung in der vereinbarten Höhe.

3. Ende der Versicherung bei Einstufung in Pflegegrad 2 oder höher

Die Versicherung endet mit Auszahlung der Versicherungsleistung nach Ziffer 2.

4. Kündigungsrecht des Versicherers

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

5. Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. zu § 8 a (2) AVB). Kinder bzw. Jugendliche (Altersgruppe 0 bis 15 bzw. Altersgruppe 16 bis 20) zahlen ab Alter 16 bzw. ab Alter 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. zu § 8 a (2) AVB).

* Hinweis: Soweit in den AVB Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017) und in Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft die Pflegetagegeldversicherung genannt ist, erstreckt sich die jeweilige Regelung ohne Ausnahme entsprechend auf die Pflege-Einmalleistung.

Besondere Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung

gültig in Verbindung mit den jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009), für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009), für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2017) und den jeweiligen Teil I Musterbedingungen und Teil II Tarifbedingungen und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/S) sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für Tarif VS, Tarif VSF und Tarif VSU (Vorsorgetarif) der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft

1. Voraussetzungen für das Ruhen

Für Tarife, denen die MB/KK 2009, die MB/KT 2009 oder die MB/EPV 2017 zugrunde liegen, gelten die in Teil I Musterbedingungen und Teil II Tarifbedingungen genannten Voraussetzungen für das Ruhen.

Für Tarife, denen die AVB-S zugrunde liegen, gelten die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Voraussetzungen für das Ruhen.

Für die Tarife VS, VSF und VSU (Vorsorgetarif) gelten die in den Tarifbedingungen genannten Voraussetzungen für das Ruhen.

2. Beginn der Ruhenszeit

Die Ruhenszeit beginnt mit dem im Nachtrag zum Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.

3. Ende der Ruhenszeit

- a) Die Ruhenszeit endet in den nach den AVB Teil II zu § 13 (3) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) genannten Fällen
 - mit dem Wegfall des Grundes für das Ruhen des Versicherungsverhältnisses,
 - bei Arbeitslosigkeit, vorübergehender Krankenversicherungspflicht, vorübergehender Familienversicherung oder vorübergehendem Anspruch auf Heilfürsorge infolge Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes spätestens jedoch nach 6 Monaten,
 - bei vorübergehendem Anspruch auf Heilfürsorge aufgrund Ableistung des vorübergehenden Zivildienstes oder des vorübergehenden Grundwehrdienstes spätestens mit der vereinbarten Dauer.
- b) in den nach den AVB Teil II zu § 13 (3) für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009) genannten Fällen
 - mit dem Wegfall des Grundes für das Ruhen des Versicherungsverhältnisses,
 - bei Arbeitslosigkeit, vorübergehender Krankenversicherungspflicht, vorübergehender Familienversicherung, vorübergehendem Anspruch auf Heilfürsorge infolge Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes oder in der Zeit der gesetzlichen Mutterschutzfrist bzw. der Elternzeit spätestens jedoch nach 6 Monaten,
 - bei vorübergehendem Anspruch auf Heilfürsorge aufgrund Ableistung des vorübergehenden Zivildienstes oder des vorübergehenden Grundwehrdienstes spätestens mit der vereinbarten Dauer.

- c) Die Ruhenszeit endet in den nach den AVB Teil II zu § 13 (3) Ruhenversicherung für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2017), nach den AVB/S § in 13 Abs. 7 sowie nach den AVB für die Tarife VS, VSF und VSU in § 14 Abs. 7 genannten Fällen
 - mit der Beendigung der Arbeitslosigkeit,
 - bei bestehender Arbeitslosigkeit spätestens jedoch nach 6 Monaten,
 - bei Ruhen wegen Eintritt des Zahlungsverzugs nach § 38 VVG unabhängig vom weiteren Bestehen des Zahlungsverzugs nach 6 Monaten, beginnend ab dem Zeitpunkt der rückständigen Beiträge.
- d) Der Wegfall des Grundes für das Ruhen nach a) bis c) ist unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.

4. Änderung der AVB während der Ruhenszeit

In der Ruhenszeit gelten die AVB mit folgenden Änderungen fort:

- a) Während der Ruhenszeit bestehen keine Beitragsforderungen.
- b) Während der Ruhenszeit entstehen keine Leistungsansprüche.
- c) Der Anspruch auf Beitragsrückerstattung nach AVB Teil II zu § 8 Ziffer 1. MB/KK 2009 entfällt für diejenigen Kalenderjahre, in denen eine Ruhenszeit besteht.
- d) Der Lauf der Fristen und Wartezeiten der AVB wird nicht unterbrochen.

5. Wiederinkrafttreten des früheren Versicherungsschutzes

Mit der Beendigung der Ruhenszeit tritt die ursprüngliche Versicherung wieder voll in Kraft. Im Übrigen gilt:

- a) Die während der Ruhenszeit aufgetretenen Erkrankungen einschließlich ihrer Folgen sowie Folgen von Unfällen sind im Rahmen der geltenden AVB nach dem Ende der Ruhenszeit in den Versicherungsschutz einbezogen.
- b) Für Versicherungsfälle, die während der Ruhenszeit eingetreten sind, wird nur für den Teil geleistet, der in die Zeit nach dem Wiederinkrafttreten der ursprünglichen Versicherung fällt.
- c) Erhöht sich die monatliche Beitragsrate gegenüber derjenigen vor Beginn der Ruhenszeit oder besteht beim Ende der Ruhenszeit weiterhin einer der unter 1. genannten Gründe, kann der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Beendigung der Ruhenszeit die wieder in Kraft tretende Versicherung zu diesem Zeitpunkt kündigen.

Besondere Vereinbarung für das erweiterte Ruhen der Krankenversicherung

gültig nur in Verbindung mit den Besonderen Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft

1. Verlängerung der Ruhenszeit

Die nach Maßgabe der Besonderen Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung vereinbarte Ruhenszeit kann nach deren Ablauf einmalig um bis zu 12 Monate verlängert werden.

2. Beitrag zum Zeitpunkt des Wiederinkrafttretens des früheren Versicherungsschutzes

Nach Ablauf der vereinbarten Verlängerungszeit tritt die ursprüngliche Versicherung wieder in Kraft. Ergänzend zu Ziffer 5 der Besonderen Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung gilt:

Der zum Zeitpunkt des Wiederinkrafttretens an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Anrechnungsbeträge. Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden entsprechend angepasst. Ursprünglich vereinbarte Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bestehen.

Besondere Bedingungen für die Große Anwartschaftsversicherung

gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009), (MB/KT 2009) sowie (MB/EPV 2017) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft

1. Allgemeine Bestimmungen

- 1.1. Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des in Anwartschaft stehenden Tarifs in der jeweils gültigen Fassung, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.
- 1.2. Eine Anwartschaftsversicherung kann auf Antrag des Versicherungsnehmers vereinbart werden.
- 1.3. Die Anwartschaftsversicherung ist vereinbart, wenn der Versicherer schriftlich die Annahme des Antrages erklärt hat.
- 1.4. Während der Zeit der Anwartschaftsversicherung besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.
- 1.5. Die Anwartschaftszeit wird auf die Wartezeiten und die Fristen der tariflichen Leistungsbegrenzung angerechnet.
- 1.6. Für Versicherungsjahre, in denen auch nur teilweise eine Anwartschaftsversicherung bestand, können keine Ansprüche auf Beitragsrückerstattung erworben werden.

2. Gegenstand der Anwartschaftsversicherung

- 2.1. Mit Beendigung der Anwartschaftszeit tritt der Versicherungsschutz der als Anwartschaftsversicherung geführten Tarife in Kraft.
Hierbei sichert sich der Versicherungsnehmer die bisher erworbenen Rechte, insbesondere hinsichtlich der Beitragseinstufung bzw. einer Änderung des Gesundheitszustandes.
- 2.2. Für Versicherungsfälle, die während der Anwartschaftszeit eingetreten sind, wird für den Teil geleistet, der in die Zeit nach Inkrafttreten des Versicherungsschutzes fällt.

3. Voraussetzungen

- 3.1. Die Anwartschaftsversicherung in der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung sowie Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden für die Dauer
 - a) einer gesetzlichen Krankenversicherungspflicht bei einer gesetzlichen Krankenversicherung,
 - b) eines Anspruchs auf Familienversicherung bei einer gesetzlichen Krankenversicherung,
 - c) eines Anspruchs auf Heilfürsorge,
 - d) eines längeren vorübergehenden Auslandsaufenthaltes in einem Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum; bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) jedoch nur dann, wenn für diese Zeit auch der Wohnsitz im Inland aufgegeben wird,
 - e) einer Arbeitslosigkeit.
- 3.2. In der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (§ 1 Abs. 5 MB/KK 2009) kann die Anwartschaftsversicherung vereinbart werden für die Dauer einer vorübergehenden Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum.
- 3.3. In der Krankentagegeldversicherung kann darüber hinaus eine Anwartschaftsversicherung vereinbart werden für die Dauer
 - a) einer Berufsunfähigkeit,
 - b) der gesetzlichen Mutterschutzfrist und der Elternzeit,
 - c) einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit im Rahmen der Pflegepflichtversicherung.
- 3.4. In der ergänzenden Pflegekrankenversicherung kann eine Anwartschaftsversicherung vereinbart werden für die Dauer eines längeren vorübergehenden Auslandsaufenthaltes.
- 3.5. 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.

4. Tarifänderungen

Tarifänderungen oder Beitragsanpassungen der als Anwartschaftsversicherung geführten Tarife sind auch für die Anwartschaftsversicherung wirksam.

5. Beginn der Anwartschaftsversicherung

Die Anwartschaftsversicherung kann jederzeit beantragt werden. Sie beginnt mit Eintritt der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden Voraussetzungen (Ziffern 3.1 bis 3.4), im Falle von Ziffer 3.5 zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Kündigung.

6. Ende der Anwartschaftsversicherung

- 6.1. Die Anwartschaftsversicherung endet mit dem Fortfall der Voraussetzungen, für die sie beantragt wurde bzw. nach Ablauf des vereinbarten Zeitraumes. Anschließend tritt die Versicherung unmittelbar in Kraft.
- 6.2. Besteht bei einer Anwartschaftsversicherung nach den Ziffern 3.1 bis 3.4 keine zeitliche Befristung, ist der Fortfall der Voraussetzung für die Anwartschaftsversicherung innerhalb von zwei Monaten seit Wegfall dieser Voraussetzungen anzuzeigen und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. In diesem Fall tritt der Versicherungsschutz zu dem Zeitpunkt in Kraft, in dem die Voraussetzungen weggefallen sind.
- 6.3. Wird diese Frist versäumt, kann der Versicherer das Inkrafttreten des Versicherungsschutzes von erneuter Risikoprüfung und Wartezeiten abhängig machen.
- 6.4. Wurde ein gekündigter Vertrag nach Ziffer 3.5 in Form einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt, tritt die Versicherung zum nächsten Monatsersten nach Zugang des Umstellungsantrages in Kraft.
- 6.5. Der Beitrag nach Inkrafttreten des Versicherungsschutzes wird unter Berücksichtigung des ursprünglichen Eintrittsalters sowie zwischenzeitlicher Beitragsänderungen ermittelt.
Es ist der Beitrag zu entrichten, der für den Versicherungsschutz ohne die vereinbarte Anwartschaft zum Zeitpunkt des Inkrafttretens zu zahlen wäre, zuzüglich evtl. Zuschläge.
- 6.6. Endet die Anwartschaftsversicherung, ohne dass vom Inkrafttreten des Versicherungsschutzes Gebrauch gemacht wird, erlöschen alle erworbenen Rechte.

7. Beiträge

Der Beitrag für die Anwartschaftsversicherung ergibt sich aus dem Anwartschaftsprozentsatz des jeweiligen Tarifs und dem Beitrag, der ohne Anwartschaftsversicherung gezahlt werden müsste; hierbei werden ggf. bestehende Zuschläge nicht berücksichtigt.

Auslandsreise-Krankenversicherung Tarif RK

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB RK): Gültig ab 1. Januar 2022

§ 1 Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers (Bundesrepublik Deutschland) wohnenden Personen.

§ 2 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für im Ausland eingetretene Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er ersetzt dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen. Nicht als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat sowie die Bundesrepublik Deutschland.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person im Ausland wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Als Versicherungsfall gelten auch Schwangerschaftsbeschwerden, Früh- oder Fehlgeburten, notfallbedingte Schwangerschaftsabbrüche und der Tod.

(3) Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung und 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, tritt insoweit ein neuer Versicherungsfall ein.

(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen und diesen Versicherungsbedingungen. Soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

§ 3 Dauer des Versicherungsverhältnisses; Kündigung

(1) Das Versicherungsverhältnis wird vor Antritt der Reise für die Dauer eines Jahres abgeschlossen. Es verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn es nicht durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat in Textform gekündigt wird. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(2) Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt. Das erste Versicherungsjahr endet, wenn es nicht am 1. eines Monats beginnt, im Folgejahr mit Ablauf des Vormonats des Versicherungsbeginns. In diesem Fall wird der Jahresbeitrag nur anteilig erhoben. Die folgenden Versicherungsjahre enden jeweils nach einem Jahr.

§ 4 Beginn und Dauer des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Zahlung des ersten Beitrages. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.

(2) Der Versicherungsschutz besteht für alle vorübergehenden Auslandsreisen, die von der versicherten Person innerhalb eines Versicherungsjahres unternommen werden. Der einzelne Aufenthalt im Ausland darf dabei jedoch eine Dauer von 6 Wochen (42 Tage) nicht überschreiten. Bei einem Aufenthalt über eine Dauer von 6 Wochen hinaus endet der Versicherungsschutz mit dem Ablauf der 6. Woche im Ausland. Dies gilt vorbehaltlich der Regelung in Absatz 5 auch für schwebende Versicherungsfälle.

(3) Für Neugeborene, die während eines vorübergehenden Aufenthalts im Ausland zur Welt kommen, besteht ab Geburt Versicherungsschutz. Voraussetzung dafür ist, dass innerhalb von zwei Monaten nach der Geburt eine Nachmeldung beim Versicherer eingeht.

(4) Endet das Versicherungsjahr während des Aufenthaltes im Ausland, bleibt der Versicherungsschutz nur bei ungekündigtem Vertragsverhältnis bestehen (vgl. § 3 Abs. 1). Mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses endet der Versicherungsschutz auch für schwebende Versicherungsfälle.

(5) Muss der Aufenthalt im Ausland wegen medizinisch notwendiger Heilbehandlung über den Zeitpunkt des Ablaufes des Versicherungsschutzes hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz bis zum Eintritt der Transportfähigkeit.

§ 5 Umfang der Leistungspflicht

(1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.

(2) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 1 genannten Ärzten und Zahnärzten verordnet, Arzneimittel außerdem aus der im Aufenthaltsland offiziell zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

(3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung kann die versicherte Person Krankenhäuser frei wählen. Diese müssen im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhäuser anerkannt sein, unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

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

(5) Der Versicherer erstattet die Kosten für eine medizinisch notwendige ärztliche und zahnärztliche Heilbehandlung. Erstattungsfähig sind hierbei

Aufwendungen für:

- ambulante Heilbehandlung (auch ambulante Operationen, Assistenz und Narkose sowie Röntgendiagnostik);
- Arznei-, Verband- und Heilmittel. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie vom Arzt oder Zahnarzt verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten: Nahrungsmittel und Stärkungspräparate (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badezusätze, Kosmetika, Antikonzeptiva, Desinfektionsmittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht;
- medizinisch notwendige Aufwendungen für Miete oder Leihe ärztlich verordneter Hilfsmittel, soweit diese wegen einer Krankheit oder eines Unfalls erstmals erforderlich werden und der direkten Behandlung der Krankheits- oder Unfallfolgen dienen. Ausgenommen sind Brillen, Kontaktlinsen und Hörgeräte;
- stationäre Behandlung einschließlich Operationen, Operationsnebenkosten, Röntgendiagnostik sowie Verpflegung und Unterkunft in einem Krankenhaus;
- medizinisch notwendigen Transport zum nächst erreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur ambulanten Erstversorgung, sofern ein Notfall vorliegt;
- medizinisch notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus;
- Kosten der Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, wenn das versicherte Kind stationär behandelt werden muss. Die Übernahme der Kosten erfolgt, wenn das versicherte Kind sein 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat;
- Kinderbetreuung mitreisender versicherter minderjähriger Kinder, wenn die versicherten Personen durch einen medizinisch notwendigen Aufenthalt im Krankenhaus oder Tod daran gehindert sind, die in ihrem Haushalt lebenden minderjährigen Kinder zu betreuen und eine andere Person zur Kinderbetreuung nicht vorhanden ist. Die Kosten werden für die Dauer des medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthaltes oder im Fall des Todes bis zur Rückkehr an den ständigen Wohnsitz des Kindes übernommen;
- schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung und damit in Verbindung stehende notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von bereits vorhandenem Zahnersatz und Prothesen;
- einen medizinisch notwendigen ärztlich angeordneten Rücktransport an den Wohnsitz der versicherten Person oder in das diesem Wohnsitz nächst erreichbare geeignete Krankenhaus. Die Aufwendungen werden auch ersetzt, wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden oder wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der stationären Behandlung im Krankenhaus im Aufenthaltsland voraussichtlich 14 Tage übersteigen würde. Die Kosten, die bei planmäßiger Rückkehr entstanden wären, werden von den erstattungsfähigen Aufwendungen abgezogen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen;
- Überführungskosten beim Tod einer versicherten Person während des Aufenthaltes im Ausland vom Sterbeort an deren letzten ständigen Wohnort. Im Falle einer Bestattung einer versicherten Person am Sterbeort werden die entstehenden Kosten bis zur Höhe der Aufwendungen erstattet, die bei einer Überführung angefallen wären.

(6) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

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

§ 6 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht für alle nicht in § 5 als erstattungsfähig aufgezählten Aufwendungen oder Leistungen, insbesondere auch nicht für:

- Heilbehandlungen, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Auslandsreise waren;
- Versicherungsfälle, deren Eintritt während der Reise für die versicherte Person aufgrund ärztlicher Diagnose bereits vor Reiseantritt feststand. Ausgenommen sind Reisen, die wegen des Todes des Ehepartners, des Lebenspartners nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurden;
- Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch und Entbindung. Diese Einschränkung gilt nicht für Schwangerschaftsbeschwerden, Früh- oder Fehlgeburten und notfallbedingte Schwangerschaftsabbrüche (vgl. § 2 Abs. 2). Eine Frühgeburt liegt vor, wenn das Kind vor der 38. Schwangerschaftswoche geboren wird;

- d) Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse (z.B. durch Reise-
warnungen des Auswärtigen Amtes) oder aktive Teilnahme an inneren
Unruhen verursacht worden sind;
- e) auf Vorsatz oder auf Sucht beruhende Krankheiten oder Unfälle ein-
schließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehand-
lungen;
- f) psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen sowie
Hypnose;
- g) Behandlungen, die nicht unmittelbar zur Behebung von Krankheitszu-
ständen notwendig sind, insbesondere für die Beseitigung von Schön-
heitsfehlern und körperlicher Anomalien, für ärztliche Gutachten und
Atteste, für Desinfektionen und Impfungen, für Pflegepersonal sowie für
Fahrtkosten bei ambulanter Heilbehandlung;
- h) Neuanfertigung von Zahnersatz (z.B. Kronen, Inlays, Onlays, Brücken,
Prothesen), Stiftzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen, kieferortho-
pädische Behandlungen, prophylaktische Leistungen, Aufbissbehelfe
und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Lei-
stungen und implantologische Zahnleistungen;
- i) sonstige Hilfsmittel, soweit nicht nach § 5 Abs. 5 c) geleistet wird;
- j) Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnah-
men;
- k) Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspart-
nerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder; Sachkosten wer-
den erstattet;
- l) Eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung
oder Unterbringung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Lei-
stungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann der Versi-
cherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Ste-
hen 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 Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversiche-
rung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heil-
fürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Kosten lei-
stungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

(4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen
Anspruch gegen mehrere Erstattungs verpflichtete, darf die Gesamterstat-
tung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 7 Anderweitiger Versicherungsschutz

(1) Kann der Versicherungsnehmer im Versicherungsfall eine Kostenersatz-
tung oder eine anderweitige Entschädigung von einem Dritten beanspru-
chen, geht dieser Anspruch der Leistungsverpflichtung nach den Vereinba-
rungen dieses Tarifes vor. Dies gilt auch dann, wenn in der anderweitigen
Versicherung ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart wurde und un-
abhängig davon, wann der anderweitige Versicherungsvertrag abgeschlos-
sen wurde.

(2) Dritte nach Abs. 1 können bspw. andere private Versicherer oder gesetz-
liche Leistungsträger sein.

(3) Wird der Versicherungsfall zuerst bei der Württembergische Kranken-
versicherung AG gemeldet, tritt diese in Vorleistung. Besteht gleichzeitig
eine Krankheitskostenvollversicherung bei der Württembergische Kranken-
versicherung AG, erfolgt die Erstattung vorrangig aus der Auslandsreise-
Krankenversicherung.

§ 8 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungs-
schriften bzw. -zweifelschriften mit Leistungs- oder Ablehnungsvermerk
vorgelegt und die geforderten Nachweise, insbesondere amtlich beglaubig-
te Übersetzungen, erbracht sind. Diese werden Eigentum des Versicherers.

(2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Lei-
stungen des Versicherers aus § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (sie-
he Anhang).

(3) Alle Belege müssen Vor- und Zunamen der behandelten Person sowie
die Krankheitsbezeichnung und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit
Behandlungsdaten enthalten. Aus den Rezepten müssen das verordnete
Medikament, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen.
Bei Zahnbehandlung müssen die Bezeichnung der behandelten
Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Aus den Nach-
weisen muss hervor gehen, in welchem Land die Behandlung erfolgte und
in welcher Währung die Aufwendungen berechnet wurden.

(4) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten,
wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberech-
tigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Vorausset-
zung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(5) Der Versicherer überweist dem Versicherungsnehmer oder dem Emp-
fangsberechtigten (vgl. Abs. 4) die Versicherungsleistungen kostenfrei auf
ein von ihm angegebenes Bankkonto bei einem Geldinstitut in der Bundes-
republik Deutschland. Bei einer Überweisung in das Ausland werden die
Kosten der Überweisung von den Versicherungsleistungen abgezogen.

(6) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs
des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro um-
gerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der offizi-
elle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte
Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs
gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundes-
bank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die
zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen nachweislich zu einem
ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der
Währungsparitäten bedingt war.

§ 9 Aufrechnung und Verpfändung

(1) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet wer-
den.

(2) Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers
nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig
festgestellt ist.

§ 10 Beiträge; Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und gilt für ein Versicherungsjahr (vgl.
§ 3 Abs. 2). Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Versiche-
rungsvertrages, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn zu
zahlen. Der jeweilige Folgebeitrag ist zu Beginn eines jeden Verlängerungs-
jahres zu zahlen.

(2) Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn sie bei Fälligkeit unverzüglich
erfolgt und bei der vom Versicherer angegebenen Stelle eingeht. Bei Last-
schriftverfahren ist die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn der Beitrag bei
Fälligkeit vom Versicherer eingezogen werden kann und einer berechtigten
Einzahlung nicht widersprochen wird.

(3) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags
kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum
Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag nicht rechtzeitig
gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er
zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Mahnkosten sind die für jede
Mahnung tatsächlich anfallenden Kosten für Porto und Material (wie z.B.
Papier und Briefumschlag). Außerdem können Verzugszinsen und die von
Dritten in Rechnung gestellten weiteren Kosten und Gebühren erhoben
werden.

(4) Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrund-
lagen festgelegt. Die Festsetzung des Beitrages richtet sich nach dem Alter
der zu versichernden Person. Als Alter gilt der Unterschied zwischen dem
Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif
beginnt und dem Geburtsjahr.

(5) Der Beitrag wird für die Altersgruppe 0-70 Jahre und ab dem Alter 71
Jahre berechnet. Bis zum Alter 70 Jahre ist der Beitrag der Altersgruppe
0-70 Jahre zu entrichten. Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 70.
Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag ab dem Alter 71 Jahre zu ent-
richten. Der zwischen diesem Zeitpunkt und dem Beginn des nächsten Ver-
sicherungsjahres fällige erhöhte Beitrag wird für den Rest des laufenden
Versicherungsjahres anteilig zu Beginn des Kalenderjahres erhoben.

(6) Für jede zu versichernde Person, die bei Versicherungsbeginn 71 Jahre
oder älter ist, ist der Beitrag ab dem Alter 71 Jahre zu entrichten.

(7) Erhöht sich der Beitrag für eine versicherte Person durch Erreichen eines
bestimmten Lebensalters (Abs. 5), kann der Versicherungsnehmer das
Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person
binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwer-
dens kündigen, § 205 Abs. 3 VVG (siehe Anhang).

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

§ 11 Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

(1) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen muss spätestens bis zum
Ablauf des dritten Monats nach Beendigung der Reise geltend gemacht
werden, Beginn und Ende der Reise sind dem Versicherer auf Verlangen
nachzuweisen.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte
versicherte Person (vgl. § 8 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.

(3) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat dem Versi-
cherer auf dessen Verlangen die Befugnis zu erteilen, alle zur Feststellung
des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und
ihres Umfangs notwendigen Auskünfte bei Ärzten und Krankenanstalten
einzuholen und diese gleichzeitig insoweit von ihrer Schweigepflicht zu
entbinden.

(4) Auf Verlangen des Versicherers ist die vom Versicherungsfall betroffene
Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt un-
tersuchen zu lassen.

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

(6) Jede Krankenhausbehandlung ist dem Versicherer unverzüglich anzu-
zeigen und ein anstehender Rücktransport vor seiner Durchführung mit
dem Versicherer abzusprechen.

§ 12 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Wird eine der in § 11 genannten Obliegenheiten verletzt, ist der Versi-
cherer nach Maßgabe des § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) ganz oder
teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.

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

§ 13 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzan-
sprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forde-
rungsüberganges nach § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese
Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kos-
tenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versi-
cherer schriftlich abzutreten.

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

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

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

§ 14 Beendigung des Versicherungsverhältnisses

(1) Verlegt der Versicherungsnehmer seinen gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, endet das Versicherungsverhältnis. Bei Wegzug einer versicherten Person endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich dieser Person.

(2) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Beim Tod einer versicherten Person endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich dieser Person.

(3) Stirbt der Versicherungsnehmer oder kündigt er das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die betroffenen versicherten Personen nach Maßgabe des § 207 VVG (siehe Anhang) das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod oder der Kündigung des Versicherungsnehmers abzugeben.

§ 15 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 16 Gerichtsstände

(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 aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes oder sind der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

(4) Im Übrigen gelten § 215 VVG (siehe Anhang) und die Vorschriften der Zivilprozessordnung (ZPO).

§ 17 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen; Beitragserhöhung

Der Versicherer ist berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Beiträge, auch für den Bestand, zum Beginn eines neuen Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat zum Ende des abgelaufenen Versicherungsjahres zu ändern. Der Versicherungsnehmer kann das Vertragsverhältnis innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Auslandsreise-Krankenversicherung Tarif RKF Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB RKF)

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung Tarif RK (AVB RK) mit folgenden Abänderungen:

1. Zusätzlich zu § 2 AVB RK gilt:

Sofern im Antrag/Versicherungsschein namentlich als versicherte Person aufgeführt, besteht Versicherungsschutz für den Versicherungsnehmer sowie dessen Familienangehörige.

Als Familienangehörige gelten der Ehepartner des Versicherungsnehmers, der Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) bzw. der laut Melderegister in häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer wohnende Lebenspartner und die im gemeinsamen Haushalt lebenden unterhaltsberechtigten Kinder bis zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 18. Lebensjahr vollendet wurde.

Nach Vertragsschluss hinzukommende Familienangehörige sind ebenfalls versichert. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer hinzukommende Familienangehörige binnen Monatsfrist, spätestens aber vor Beginn einer Auslandsreise, mitzuteilen.

2. Abweichend von § 10 AVB RK gilt:

Der Beitrag wird für die Altersgruppen 0-70 Jahre und ab dem Alter 71 Jahre berechnet.

Der Beitrag für den Versicherungsnehmer einschließlich Familienangehöriger wird unabhängig von der Anzahl der Familienangehörigen einheitlich berechnet.

Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 70. Lebensjahr für jede versicherte Person vollendet wird, ist für die versicherte Person der Beitrag ab dem Alter 71 Jahre zu entrichten. Der zwischen diesem Zeitpunkt und dem Beginn des nächsten Versicherungsjahres fällige erhöhte Beitrag wird für den Rest des laufenden Versicherungsjahres zeitanteilig zu Beginn des Kalenderjahres erhoben.

Für jede zu versichernde Person, die bei Versicherungsbeginn 71 Jahre oder älter ist, ist der Beitrag ab dem Alter 71 Jahre zu entrichten.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 06 02 22

10052 Berlin

Internet: www.pkv-ombudsmann.de

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

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht

Graurheindorfer Straße 108

53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bafin.de

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang

§ 1 Form und Voraussetzungen

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

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

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

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

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

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

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

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

§ 19 Anzeigepflicht

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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

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

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

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

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

§ 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 Altersrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.

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

§ 207 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

(1) Endet das Versicherungsverhältnis durch den Tod des Versicherungsnehmers, sind die versicherten Personen berechtigt, binnen zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären.

(2) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt Absatz 1 entsprechend. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat. Handelt es sich bei dem gekündigten Vertrag um einen Gruppenversicherungsvertrag und wird kein neuer Versicherungsnehmer benannt, sind die versicherten Personen berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Altersrückstellung, soweit eine solche gebildet wird, zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortzusetzen. Das Recht nach Satz 3 endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person von diesem Recht Kenntnis erlangt hat.

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, 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.

§ 215 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist dieses Gericht ausschließlich zuständig.

(2) § 33 Abs. 2 der Zivilprozessordnung ist auf Widerklagen der anderen Partei nicht anzuwenden.

(3) Eine von Absatz 1 abweichende Vereinbarung ist zulässig für den Fall, dass der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich dieses Gesetzes verlegt oder sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

Auslandsreise-Krankenversicherung Tarif RKM

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB RKM): Gültig ab 1. Januar 2022

§ 1 Aufnahmebefähigung

Aufnahmebefähigt sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers (Bundesrepublik Deutschland) wohnenden Personen.

§ 2 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für im Ausland eingetretene Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er ersetzt dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen. Nicht als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat sowie die Bundesrepublik Deutschland.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person im Ausland wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Als Versicherungsfall gelten auch Schwangerschaftsbeschwerden, Früh- oder Fehlgeburten, notfallbedingte Schwangerschaftsabbrüche und der Tod.

(3) Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung und 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, tritt insoweit ein neuer Versicherungsfall ein.

(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen und diesen Versicherungsbedingungen. Soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

§ 3 Dauer des Versicherungsverhältnisses; Kündigung

(1) Das Versicherungsverhältnis wird vor Antritt der Reise für die Dauer von zwei Jahren (zur Dauer des 1. Versicherungsjahres siehe unten Abs. 2) abgeschlossen. Es verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn es nicht durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten in Textform gekündigt wird. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(2) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch.

§ 4 Beginn und Dauer des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Zahlung des ersten Beitrages. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.

(2) Der Versicherungsschutz besteht für alle vorübergehenden Auslandsreisen, die von der versicherten Person innerhalb eines Versicherungsjahres unternommen werden. Der einzelne Aufenthalt im Ausland darf dabei jedoch eine Dauer von 6 Wochen (42 Tage) nicht überschreiten. Bei einem Aufenthalt über eine Dauer von 6 Wochen hinaus endet der Versicherungsschutz mit dem Ablauf der 6. Woche im Ausland. Dies gilt vorbehaltlich der Regelung in Absatz 5 auch für schwebende Versicherungsfälle.

(3) Für Neugeborene, die während eines vorübergehenden Aufenthalts im Ausland zur Welt kommen, besteht ab Geburt Versicherungsschutz. Voraussetzung dafür ist, dass innerhalb von zwei Monaten nach der Geburt eine Nachmeldung beim Versicherer eingeht.

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

(5) Muss der Aufenthalt im Ausland wegen medizinisch notwendiger Heilbehandlung über den Zeitpunkt des Ablaufes des Versicherungsschutzes hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz bis zum Eintritt der Transportfähigkeit.

§ 5 Umfang der Leistungspflicht

(1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.

(2) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 1 genannten Ärzten und Zahnärzten verordnet, Arzneimittel außerdem aus der im Aufenthaltsland offiziell zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

(3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung kann die versicherte Person Krankenhäuser frei wählen. Diese müssen im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhäuser anerkannt sein, unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

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

(5) Der Versicherer erstattet die Kosten für eine medizinisch notwendige ärztliche und zahnärztliche Heilbehandlung. Erstattungsfähig sind hierbei Aufwendungen für:

a) ambulante Heilbehandlung (auch ambulante Operationen, Assistenz und Narkose sowie Röntgendiagnostik);

b) Arznei-, Verband- und Heilmittel. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie vom Arzt oder Zahnarzt verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten: Nahrungsmittel und Stärkungsmittel (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badezusätze, Kosmetika, Antikonzeptiva, Desinfektionsmittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht;

c) medizinisch notwendige Aufwendungen für Miete oder Leihe ärztlich verordneter Hilfsmittel, soweit diese wegen einer Krankheit oder eines Unfalls erstmals erforderlich werden und der direkten Behandlung der Krankheits- oder Unfallfolgen dienen. Ausgenommen sind Brillen, Kontaktlinsen und Hörgeräte;

d) stationäre Behandlung einschließlich Operationen, Operationsnebenkosten, Röntgendiagnostik sowie Verpflegung und Unterkunft in einem Krankenhaus;

e) medizinisch notwendigen Transport zum nächst erreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur ambulanten Erstversorgung, sofern ein Notfall vorliegt;

f) medizinisch notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus;

g) Kosten der Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, wenn das versicherte Kind stationär behandelt werden muss. Die Übernahme der Kosten erfolgt, wenn das versicherte Kind sein 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat;

h) Kinderbetreuung mitreisender versicherter minderjähriger Kinder, wenn die versicherten Personen durch einen medizinisch notwendigen Aufenthalt im Krankenhaus oder Tod daran gehindert sind, die in ihrem Haushalt lebenden minderjährigen Kinder zu betreuen und eine andere Person zur Kinderbetreuung nicht vorhanden ist. Die Kosten werden für die Dauer des medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthaltes oder im Fall des Todes bis zur Rückkehr an den ständigen Wohnsitz des Kindes übernommen;

i) schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung und damit in Verbindung stehende notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von bereits vorhandenem Zahnersatz und Prothesen;

j) einen medizinisch notwendigen ärztlich angeordneten Rücktransport an den Wohnsitz der versicherten Person oder in das diesem Wohnsitz nächst erreichbare geeignete Krankenhaus. Die Aufwendungen werden auch ersetzt, wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden oder wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der stationären Behandlung im Krankenhaus im Aufenthaltsland voraussichtlich 14 Tage übersteigen würde. Die Kosten, die bei planmäßiger Rückkehr entstanden wären, werden von den erstattungsfähigen Aufwendungen abgezogen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen;

k) Überführungskosten beim Tod einer versicherten Person während des Aufenthaltes im Ausland vom Sterbeort an deren letzten ständigen Wohnort. Im Falle einer Bestattung einer versicherten Person am Sterbeort werden die entstehenden Kosten bis zur Höhe der Aufwendungen erstattet, die bei einer Überführung angefallen wären.

(6) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

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

§ 6 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht für alle nicht in § 5 als erstattungsfähig aufgezählten Aufwendungen oder Leistungen, insbesondere auch nicht für:

a) Heilbehandlungen, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Auslandsreise waren;

b) Versicherungsfälle, deren Eintritt während der Reise für die versicherte Person aufgrund ärztlicher Diagnose bereits vor Reiseantritt feststand. Ausgenommen sind Reisen, die wegen des Todes des Ehepartners, des Lebenspartners nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurden;

c) Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch und Entbindung. Diese Einschränkung gilt nicht für Schwangerschaftsbeschwerden, Früh- oder Fehlgeburten und notfallbedingte Schwangerschaftsabbrüche (vgl. § 2 Abs. 2). Eine Frühgeburt liegt vor, wenn das Kind vor der 38. Schwangerschaftswoche geboren wird;

d) Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegereignisse (z.B. durch Reise- warnungen des Auswärtigen Amtes) oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind;

- e) auf Vorsatz oder auf Sucht beruhende Krankheiten oder Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
 - f) psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen sowie Hypnose;
 - g) Behandlungen, die nicht unmittelbar zur Behebung von Krankheitszuständen notwendig sind, insbesondere für die Beseitigung von Schönheitsfehlern und körperlicher Anomalien, für ärztliche Gutachten und Atteste, für Desinfektionen und Impfungen, für Pflegepersonal sowie für Fahrtkosten bei ambulanter Heilbehandlung;
 - h) Neuanfertigung von Zahnersatz (z.B. Kronen, Inlays, Onlays, Brücken, Prothesen), Stifzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen, kieferorthopädische Behandlungen, prophylaktische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und implantologische Zahnleistungen;
 - i) sonstige Hilfsmittel, soweit nicht nach § 5 Abs. 5 c) geleistet wird;
 - j) Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
 - k) Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder; Sachkosten werden erstattet;
 - l) Eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, 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 Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Kosten 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.

§ 7 Anderweitiger Versicherungsschutz

- (1) Kann der Versicherungsnehmer im Versicherungsfall eine Kostenerstattung oder eine anderweitige Entschädigung von einem Dritten beanspruchen, geht dieser Anspruch der Leistungsverpflichtung nach den Vereinbarungen dieses Tarifes vor. Dies gilt auch dann, wenn in der anderweitigen Versicherung ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart wurde und unabhängig davon, wann der anderweitige Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde.
- (2) Dritte nach Abs. 1 können bspw. andere private Versicherer oder gesetzliche Leistungsträger sein.
- (3) Wird der Versicherungsfall zuerst bei der Württembergische Krankenversicherung AG gemeldet, tritt diese in Vorleistung. Besteht gleichzeitig eine Krankheitskostenvollversicherung bei der Württembergische Krankenversicherung AG, erfolgt die Erstattung vorrangig aus der Auslandsreise-Krankenversicherung.

§ 8 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungsvorschriften bzw. -zeitschriften mit Leistungs- oder Ablehnungsvermerk vorgelegt und die geforderten Nachweise, insbesondere amtlich beglaubigte Übersetzungen, erbracht sind. Diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang).
- (3) Alle Belege müssen Vor- und Zunamen der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit 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. Aus den Nachweisen muss hervor gehen, in welchem Land die Behandlung erfolgte und in welcher Währung die Aufwendungen berechnet wurden.
- (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) Der Versicherer überweist dem Versicherungsnehmer oder dem Empfangsberechtigten (vgl. Abs. 4) die Versicherungsleistungen kostenfrei auf ein von ihm angegebenes Bankkonto bei einem Geldinstitut in der Bundesrepublik Deutschland. Bei einer Überweisung in das Ausland werden die Kosten der Überweisung von den Versicherungsleistungen abgezogen.
- (6) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen 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, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.

§ 9 Aufrechnung und Verpfändung

- (1) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 10 Beiträge; Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Monats oder zu Beginn einer jeden Zahlungsperiode, sofern eine solche (Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahreszahlung) vereinbart wurde, zu entrichten. Hat der Versicherungsnehmer bei der Württembergische Krankenversicherung AG neben Tarif RKM keine Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- oder Krankentagegeldversicherung abgeschlossen, ist der Beitrag als Jahreszahlung zu entrichten.
- (2) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn zu zahlen.
- (3) Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn sie bei Fälligkeit unverzüglich erfolgt und bei der vom Versicherer angegebenen Stelle eingeht. Bei Lastschriftverfahren ist die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn der Beitrag bei Fälligkeit vom Versicherer eingezogen werden kann und einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen wird.
- (4) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Mahnkosten sind die für jede Mahnung tatsächlich anfallenden Kosten für Porto und Material (wie z.B. Papier und Briefumschlag). Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten weiteren Kosten und Gebühren erhoben werden.
- (5) Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Festsetzung des Beitrages richtet sich nach dem Alter der zu versichernden Person. Als Alter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt und dem Geburtsjahr.
- (6) Der monatliche Beitrag wird für die Altersgruppen 0-70 Jahre und ab dem Alter 71 Jahre berechnet. Bis zum Alter 70 Jahre ist der Beitrag der Altersgruppe 0-70 Jahre zu entrichten. Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 70. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag ab dem Alter 71 Jahre zu entrichten. Für jede zu versichernde Person, die bei Versicherungsbeginn 71 Jahre oder älter ist, ist der Beitrag ab dem Alter 71 Jahre zu entrichten.
- (7) Erhöht sich der Beitrag für eine versicherte Person durch Erreichen eines bestimmten Lebensalters (Abs. 6), kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, § 205 Abs. 3 VVG (siehe Anhang).
- (8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 11 Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

- (1) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen muss spätestens bis zum Ablauf des dritten Monats nach Beendigung der Reise geltend gemacht werden, Beginn und Ende der Reise sind dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 8 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.
- (3) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat dem Versicherer auf dessen Verlangen die Befugnis zu erteilen, alle zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs notwendigen Auskünfte bei Ärzten und Krankenanstalten einzuholen und diese gleichzeitig insoweit von ihrer Schweigepflicht zu entbinden.
- (4) Auf Verlangen des Versicherers ist die vom Versicherungsfall betroffene Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (5) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (6) Jede Krankenhausbehandlung ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen und ein anstehender Rücktransport vor seiner Durchführung mit dem Versicherer abzusprechen.

§ 12 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Wird eine der in § 11 genannten Obliegenheiten verletzt, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.
- (2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 13 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges nach § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 14 Beendigung des Versicherungsverhältnisses

- (1) Verlegt der Versicherungsnehmer seinen gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, endet das Versicherungsverhältnis. Bei Wegzug einer versicherten Person endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich dieser Person.
- (2) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Beim Tod einer versicherten Person endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich dieser Person.
- (3) Stirbt der Versicherungsnehmer oder kündigt er das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die betroffenen versicherten Personen nach Maßgabe des § 207 VVG (siehe Anhang) das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod oder der Kündigung des Versicherungsnehmers abzugeben.

§ 15 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 16 Gerichtsstände

- (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 aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes oder sind der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.
- (4) Im Übrigen gelten § 215 VVG (siehe Anhang) und die Vorschriften der Zivilprozessordnung (ZPO).

§ 17 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen; Beitragserhöhung

Der Versicherer ist berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Beiträge, auch für den Bestand, zum Beginn eines neuen Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat zum Ende des abgelaufenen Versicherungsjahres zu ändern. Der Versicherungsnehmer kann das Vertragsverhältnis innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Auslandsreise-Krankenversicherung Tarif RKFM Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB RKFM): Gültig ab 1. Januar 2022

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung Tarif RKM (AVB RKM) mit folgenden Abänderungen:

1. Zusätzlich zu § 2 AVB RKM gilt:

Sofern im Antrag/Versicherungsschein namentlich als versicherte Person aufgeführt, besteht Versicherungsschutz für den Versicherungsnehmer sowie dessen Familienangehörige.

Als Familienangehörige gelten der Ehepartner des Versicherungsnehmers, der Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) bzw. der laut Melderegister in häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer wohnende Lebenspartner und die im gemeinsamen Haushalt lebenden unterhaltsberechtigten Kinder bis zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 18. Lebensjahr vollendet wurde.

Nach Vertragsschluss hinzukommende Familienangehörige sind ebenfalls versichert. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer hinzukommende Familienangehörige binnen Monatsfrist, spätestens aber vor Beginn einer Auslandsreise, mitzuteilen.

2. Abweichend von § 10 AVB RKM gilt:

Der Beitrag wird für die Altersgruppen 0-70 Jahre und ab dem Alter 71 Jahre berechnet.

Der Beitrag für den Versicherungsnehmer einschließlich Familienangehöriger wird unabhängig von der Anzahl der Familienangehörigen einheitlich berechnet.

Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 70. Lebensjahr für jede versicherte Person vollendet wird, ist für die versicherte Person der Beitrag ab dem Alter 71 Jahre zu entrichten.

Für jede zu versichernde Person, die bei Versicherungsbeginn 71 Jahre oder älter ist, ist der Beitrag ab dem Alter 71 Jahre zu entrichten.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 06 02 22

10052 Berlin

Internet: www.pkv-ombudsmann.de

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

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht

Graurheindorfer Straße 108

53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bafin.de

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungspflicht nach Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
- (5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zin-

sen und Kosten im Einzelnen bezieht und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

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

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 205 Kündigung des Versicherungsverhältnisses

- (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 Altersrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.
- (4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

§ 207 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

- (1) Endet das Versicherungsverhältnis durch den Tod des Versicherungsnehmers, sind die versicherten Personen berechtigt, binnen zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären.
- (2) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt Absatz 1 entsprechend. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat. Handelt es sich bei dem gekündigten Vertrag um einen Gruppenversicherungsvertrag und wird kein neuer Versicherungsnehmer benannt, sind die versicherten Personen berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Altersrückstellung, soweit eine solche gebildet wird, zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortzusetzen. Das Recht nach Satz 3 endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person von diesem Recht Kenntnis erlangt hat.
- (3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, 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.

§ 215 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist dieses Gericht ausschließlich zuständig.
- (2) § 33 Abs. 2 der Zivilprozessordnung ist auf Widerklagen der anderen Partei nicht anzuwenden.
- (3) Eine von Absatz 1 abweichende Vereinbarung ist zulässig für den Fall, dass der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich dieses Gesetzes verlegt oder sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

Württembergische Krankenversicherung AG
www.wuerttembergische.de