HanseMerkur
Krankenversicherung AG

# Verbraucherinformation

Vollversicherung
April 2026

HanseMerkur

# Übersicht

Der Versicherungsvertrag wird, wie kaum ein anderer Vertrag, von gegenseitigem Vertrauen geprägt.

Die Verbraucherinformation ist eine vom Gesetzgeber vorgeschriebene Maßnahme, die Ihnen als Versicherungsnehmer ein größtmögliches Maß an Informationen über Ihren Versicherungsschutz garantiert.

Diese Broschüre enthält alle für Ihren Versicherungsschutz wichtigen Angaben und die Versicherungsbedingungen. Bewahren Sie bitte deshalb die Unterlagen sorgfältig bei Ihren Versicherungspapieren auf.


Herzlich willkommen bei der HanseMerkur! 3
Wichtige Informationen inkl. *Widerrufsbelehrung ab Seite 5* 4
Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung 9
Mitteilung über die Folgen einer Obliegenheitsverletzung 11
Was ist im Leistungsfall zu tun? 12
Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht 13

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die
- Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung 14
- Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung 31
- Krankentagegeldversicherung 42
- Private Pflegepflichtversicherung 57

Tarife
- KVS1 und KVS3 105
- KVP 110
- EKV2 116
- KVT500 und KVT1000 119
- AZP 124
- EGO2 129
- PS3 132
- SBE 133
- PSV 134
- clinic A 135
- clinic U 137
- KUT 139
- KH 140
- T 141
- ZY 143
- PV mit Tarifstufen PVN und PVB 146

Indikationskatalog für ambulante Operationen 152
Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen 156
Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen 157

Sonderbedingungen und Zusatzvereinbarungen
- Sonderbedingungen für die modifizierte Beitragszahlung (BEN) 158
- Private Pflegepflichtversicherung: Zusatzvereinbarungen für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten 159

Besondere Bedingungen für
- Personen, die sich in einer Berufsausbildung befinden 160
- die Krankenversicherung im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages 161
- die kleine Anwartschaftsversicherung (AwV) nach Tarif AwVK 162
- die große Anwartschaftsversicherung (AwV) nach Tarif AwVG 163
- die kleine Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (KANW-PPV) 165
- die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (GANW-PPV) 166
- Auslandsaufenthalte 167

HanseMerkur

# Liebe Kundin, lieber Kunde, herzlich willkommen bei der HanseMerkur!

**Hand in Hand**

Hand in Hand ist HanseMerkur - ein Grundsatz, der sich in unseren vielfach ausgezeichneten Produkten sowie in allen Leistungsangeboten widerspiegelt. Bei uns gehen individuelle Ansprüche und die Stärke unserer Gemeinschaft Hand in Hand. Denn mit einem starken Partner an der Seite kann man mehr erreichen. Gemeinsam schaffen wir täglich die Voraussetzung für ein sicheres Leben.

**Unsere Geschichte**

Unsere Wurzeln gehen mehr als 150 Jahre zurück auf die Gründung der "Hanseatischen Krankenversicherung VVaG" von 1875. Aus dem Zusammenschluss mit der "Hanse-Krankenschutz VVaG" im Jahr 1969 entstand in der Folge die heutige HanseMerkur Krankenversicherung AG als Teil der HanseMerkur. Damit sind wir der zweitälteste private Krankenversicherer am Markt. An der Spitze der HanseMerkur steht ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVaG), wodurch wir allein unseren Versicherten gegenüber verpflichtet sind. Diese Struktur sichert nicht nur unsere Unabhängigkeit, sondern bietet unseren Versicherten Verlässlichkeit, Stabilität und Sicherheit.

**Was verbirgt sich auf den nächsten Seiten?**

Diese Broschüre beantwortet Ihre Fragen zum Versicherungsvertrag und informiert über Inhalt und Umfang Ihres Versicherungsschutzes.

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sind rechtsverbindlich und regeln alle gegenseitigen Rechte und Pflichten. Sie setzen sich im Allgemeinen aus Musterbedingungen des Verbands der privaten Krankenversicherung (PKV) und individuellen Tarifbedingungen der HanseMerkur zusammen. Unsere Tarifbedingungen weichen von den PKV-Musterbedingungen fast immer zu Ihren Gunsten ab. Zur besseren Übersicht führen wir die Regelungen der Tarifbedingungen in grüner Schrift unmittelbar nach der betreffenden Regelung der PKV-Musterbedingungen auf. Abweichungen von den Musterbedingungen finden Sie ausschließlich in den Tarifbedingungen.

Was im Leistungsfall zu tun ist, beschreiben wir Ihnen ausführlich auf Seite 12.

Navigieren Sie in der Übersicht der digitalen Version dieser Broschüre gern mithilfe der hinterlegten Verlinkungen.

**Ihre Gesundheit steht an erster Stelle**

Die Absicherung gegen die finanziellen Folgen von Krankheiten und Pflegebedürftigkeit - das ist selbstverständlich unsere zentrale Aufgabe. Darüber hinaus bieten wir Ihnen aber noch mehr:

Unter der kostenfreien Rufnummer **0800 1121310** (täglich 24 Stunden erreichbar) erhalten Sie Adressen von Fachärzten, Zahnärzten, Therapeuten oder Krankenhäusern. Aber auch allgemeine Auskünfte über Krankheitsursachen, Informationen zu Medikamenten sowie reisemedizinische Beratungen oder die Zweitmeinung von einem Facharzt gibt es dort für Sie kostenfrei.

Auf **hansemerkur.gesundheitsportal-privat.de** finden Sie zudem zahlreiche Tipps und Informationen wie z. B. Nachschlagemöglichkeiten zu Krankheiten und Behandlungsformen sowie viele Artikel rund um Ernährung, Sport und Wellness. Klicken Sie doch einfach mal rein!

Sie haben Fragen hierzu, zu Ihrem Versicherungsschutz oder benötigen Hilfe bei dringenden Notfällen auf Reisen? Wir sind gern für Sie da. Alle wichtigen Telefonnummern finden Sie auf der Rückseite dieser Broschüre.

Ihre HanseMerkur

TAG 01.26

HanseMerkur

# Wichtige Informationen!

Die folgenden Informationen nach der VVG-Informationspflichtenverordnung sowie die Ihnen separat ausgehändigten Dokumente „Informationsblatt zu Versicherungsprodukten“ und „Individuelle Informationen zu Ihrer Krankenversicherung“ geben Ihnen einen Überblick über die Grundlagen Ihres Versicherungsvertrags bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG. Bewahren Sie diese Informationen bitte sorgfältig auf. Sie sind Bestandteil Ihres Versicherungsvertrags.

| | |
|---|---|
| Identität des Versicherers (Name, Rechtsform, ladungsfähige Anschrift, Sitz, Handelsregister und Registernummer) | Ihr Versicherer ist die HanseMerkur Krankenversicherung AG. Wir sind eine Aktiengesellschaft mit Sitz in Hamburg.<br><br>Unsere Anschrift: Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg.<br><br>Unsere Telefonnummer: 040 4119-0, unsere E-Mail-Adresse: info@hansemerkur.de und unser Telefax: 040 4119-3257.<br><br>Die Eintragung im Handelsregister beim Amtsgericht Hamburg lautet: HRB 101967. |
| Gesetzlich Vertretungsberechtigte der HanseMerkur Krankenversicherung AG | Vorstand: Eberhard Sautter (Vors.),<br>Eric Bussert, Holger Ehses, Johannes Ganser, Raik Mildner. |
| Hauptgeschäftstätigkeit | Die HanseMerkur Krankenversicherung AG (im Folgenden HanseMerkur genannt) betreibt die private Krankenversicherung sowie die private Pflegepflichtversicherung. |
| Garantiefonds oder andere Entschädigungsregelungen | Die HanseMerkur gehört einer Insolvenzsicherungseinrichtung an, die den Schutz der Ansprüche ihrer Versicherungsnehmer sicherstellt. Bei dieser Einrichtung handelt es sich um die „Medicator AG“.<br><br>Die Anschrift lautet: Gustav-Heinemann-Ufer 74 c, 50968 Köln. |
| Vertragsgrundlagen | Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die einzelnen Tarife und sonstige Bedingungen haben wir für Sie in der Übersicht auf der zweiten Seite aufgeführt; sie sind vollständig in dieser Verbraucherinformation enthalten. |
| Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung | Die Art, der Umfang und die Fälligkeit der Versicherungsleistung ergeben sich aus den Tarifen mit Tarifbedingungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang), dem Antrag und ggf. den nach Antragstellung vereinbarten Abweichungen, die dem gewünschten Versicherungsschutz zugrunde liegen.<br><br>Bei dem Versicherungsschutz handelt es sich um eine substitutive Krankenversicherung, die den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz ersetzt. Bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen besteht Leistungsanspruch in der Krankheitskostenversicherung auf Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen, in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung auf das vereinbarte Krankenhaustagegeld. In der Krankentagegeldversicherung bietet die HanseMerkur bei Arbeitsunfähigkeit - als Folge von Krankheiten oder Unfällen - einen Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall in Form eines Krankentagegeldes. In der Pflegepflichtversicherung leistet die HanseMerkur Ersatz von Aufwendungen für Pflege oder ein Pflegegeld. |
| Beitragshöhe | Die Beitragshöhe können Sie den „Individuellen Informationen zu Ihrer Krankenversicherung“ oder dem Versicherungsantrag entnehmen. Sollte der dort aufgeführte Beitrag unrichtig berechnet oder ein dort nicht ausgewiesener Zuschlag zu erheben sein, wird Ihnen der tatsächlich zu entrichtende Beitrag gesondert mitgeteilt; dieser bedarf Ihrer Zustimmung. In diesem Fall ist der Inhalt der gesonderten Mitteilung maßgeblich. |
| Zusätzliche Kosten | Es fallen keine weiteren Kosten wie z. B. Steuern oder Gebühren für Sie an. Die Kranken- und Pflegeversicherung ist nach § 4 Abs. 1 Nr. 5 b) Versicherungsteuergesetz (VersStG 2021) steuerfrei. Für die Nutzung unseres „24 Stunden Notruf-Services“ entstehen Ihnen Kosten in Höhe der anfallenden Telefongebühren. |
| Beitragszahlung | Die Fälligkeit der Beiträge und evtl. Nachlässe nach § 8 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen richtet sich nach der von Ihnen gewünschten Zahlungsweise (monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich). Wählen Sie z. B. die monatliche Zahlungsweise, zahlen Sie den Beitrag bitte immer am Ersten eines jeden Monats. |

| | |
|---|---|
| Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen | Diese Informationen sind hinsichtlich der Beitragshöhe bis zur nächsten Beitragsanpassung bzw. -umstufung gültig. Die Beiträge (einschließlich evtl. Risikozuschläge) können sich aufgrund von Beitragsanpassungen bzw. -änderungen gemäß § 8b der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder Altersumstufungen gemäß § 8a (Beitragsberechnung) der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen ändern. Über die Höhe der neuen Beiträge informieren wir Sie rechtzeitig. Gemäß § 13 Abs. 3, 4 bzw. 5 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen haben Sie bei Beitragserhöhungen in Tarifen der Krankenversicherung ein außerordentliches Kündigungsrecht. |
| Zustandekommen des Vertrags | Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn die HanseMerkur Ihren Antrag mit einem Versicherungsschein oder einer schriftlichen Annahmeerklärung angenommen hat und Ihnen der Versicherungsschein oder die Annahmeerklärung zugegangen ist. |
| Beginn des Versicherungsschutzes | Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung, nicht jedoch vor dem im Versicherungsschein als „Beginn“ oder der Annahmeerklärung als „Versicherungsbeginn“ bezeichneten Zeitpunkt und nicht vor dem Ablauf von Wartezeiten. |

## 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 den 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:**

HanseMerkur Krankenversicherung AG,
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg,
E-Mail: kv-bestand@hansemerkur.de,
Fax: 040 4119-3257.

### Widerrufsfolgen

**Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, 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, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich zeitanteilig vom Beginn des Vertrags bis zum Zugang des Widerrufs errechnet. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.**

**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 hinsichtlich des Versicherungsvertrags wirksam ausgeübt, so 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 vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.**

### Abschnitt 2 - Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

#### Unterabschnitt 1 - Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu 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 Versicherers;
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 Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbstständige 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 Betrags 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 Unterabschnitt 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, hiervon 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 hat der Versicherer Ihnen zusätzlich zu den oben genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu 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

**Vertragslaufzeit**

Die Mindestvertragslaufzeit Ihres Vertrags beträgt zwei Versicherungsjahre. Dabei entspricht das Versicherungsjahr dem Kalenderjahr - das erste Versicherungsjahr beginnt abweichend am Tag des Versicherungsbeginns. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern Sie es nicht bedingungsgemäß kündigen oder sonstige bedingungsgemäße Beendigungsgründe eintreten.

**Vertragsbeendigung**

Sie können den Versicherungsvertrag (mit Kenntnis der versicherten Person) mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf der Mindestvertragslaufzeit (zwei Versicherungsjahre) oder später mit der gleichen Frist zum Ablauf eines jeden Jahres in Textform (z. B.: Brief, Fax, E-Mail) kündigen. Die Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, die der Erfüllung der Versicherungspflicht dient, wird jedoch erst wirksam, wenn Sie oder die versicherte Person uns nachweisen, dass bei einem anderen Versicherer ein entsprechender Vertrag abgeschlossen wurde, nach dem Versicherungsschutz ohne Unterbrechung besteht. Zusätzliche Informationen zur Beendigung Ihrer Versicherung - auch aufgrund von Beitragserhöhungen - finden Sie in den §§ 13 bis 15 der jeweiligen Versicherungsbedingungen.

**Zuständiges Gericht**

Klagen gegen die HanseMerkur können Sie beim Gericht in Hamburg oder bei dem Gericht Ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes erheben.

Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht in Hamburg zuständig.

| | |
|---|---|
| Anwendbares Recht | Auf das Vertragsverhältnis und die vorvertraglichen Beziehungen findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. |
| Vertragssprache | Die Sprache der Vertragsbedingungen, dieser Vorabinformationen sowie der Kommunikation mit Ihnen während der Vertragslaufzeit ist Deutsch. |
| Außergerichtliche Beschwerde und Teilnahme an einem Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle | Sollte sich das Versicherungsverhältnis trotz unserer Bemühungen nicht fehlerfrei gestalten, wenden Sie sich bitte zunächst an unsere Hauptverwaltung in Hamburg.<br><br>Darüber hinaus haben wir uns durch unsere freiwillige Mitgliedschaft im Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. satzungsgemäß zur Teilnahme an Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle verpflichtet. Bei Beschwerden oder Rechtsauskünften sowie zur Durchführung eines Streitbeilegungsverfahrens können Sie sich daher kostenlos an den Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung (Postfach 06 02 22, 10052 Berlin) wenden (www.pkv-ombudsmann.de).<br>Näheres regelt das Statut des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung, im Internet unter www.pkv-ombudsmann.de/schlichtungsverfahren/statut/ abrufbar. Die Beschwerde ist dort in Textform (z. B. mittels Briefs oder E-Mail) einzureichen.<br><br>Selbstverständlich bleibt die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt. |
| Zuständige Aufsichtsbehörde | Sie haben auch die Möglichkeit, sich mit Beschwerden an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden.<br><br>Es handelt sich dabei um die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin). Die Anschrift lautet: Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn (www.bafin.de). |
| Abschluss- und Vertriebskosten | Die Angaben zur Höhe der in den Beitrag einkalkulierten Kosten entnehmen Sie bei Bedarf bitte den „Individuellen Informationen zu Ihrer Krankenversicherung“. |
| Sonstige Kosten | Angaben zu möglichen sonstigen Kosten finden Sie, sofern sie anfallen, ebenfalls in den „Individuellen Informationen zu Ihrer Krankenversicherung“. |
| Hinweise zur zukünftigen Beitragsentwicklung | Der hohe Qualitätsstandard der Gesundheitsversorgung in Deutschland sowie der medizinische Fortschritt sind Gründe dafür, dass die Ausgaben für die Gesundheit - und damit die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge - in den vergangenen Jahren stärker als die allgemeinen Lebenshaltungskosten gestiegen sind. Aus diesem Grund sind Beitragserhöhungen in der Vergangenheit notwendig gewesen und werden voraussichtlich auch in der Zukunft notwendig sein. Aber auch Beitragssenkungen sind im Rahmen einer Beitragsanpassung üblich. |
| Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung | In der Krankenversicherung haben Sie jederzeit die Möglichkeit, in andere gleichartige Tarife zu wechseln. Eine derartige Umstellung ist in der Regel mit niedrigeren Beiträgen, oft aber auch geringeren Leistungen verbunden. Seit 01.01.2009 besteht für Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, in den brancheneinheitlichen Basistarif zu wechseln. Weitere Informationen hierzu finden Sie in § 1 Abs. 6 (ggf. Abs. 5) und § 20 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.<br><br>Oft können Sie bei Tarifen mit Selbstbehalt eine Beitragssenkung durch Wechsel in eine höhere Selbstbehaltsstufe erreichen. Die Leistungsinhalte ändern sich dadurch nicht.<br><br>Auch die Reduzierung einer Tagegeldversicherung führt zu einer Beitragssenkung. |
| Wechsel zur gesetzlichen Krankenversicherung im fortgeschrittenen Alter | Seit Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes zum 01.01.2000 ist mit dem Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrags eine Rückkehrmöglichkeit in die gesetzliche Krankenversicherung für ältere Versicherte in der Regel nicht mehr möglich. |
| Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung im fortgeschrittenen Alter | Ein Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung ist im fortgeschrittenen Alter oft mit deutlich höheren Beiträgen verbunden. Dies gilt auch für Verträge, die ab 01.01.2009 geschlossen wurden und bei denen eine Alterungsrückstellung mitgegeben wird. Ggf. kann nur ein Wechsel in den Basistarif eines anderen Unternehmens erfolgen. |
| Beispielhafte Beitragsentwicklung | Die Entwicklung der Beiträge der vergangenen zehn Jahre haben wir Ihnen beispielhaft für Ihren Versicherungsschutz in den „Individuellen Informationen zu Ihrer Krankenversicherung“ dargestellt. |

HanseMerkur

# Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der HanseMerkur Krankenversicherung AG, Siegfried-Wedells-Platz 1 in 20354 Hamburg schriftlich nachzuholen.

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

## Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

**1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes**

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

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

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

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

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

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

**2. Kündigung**

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Die Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung ist jedoch ausgeschlossen, wenn sie der Erfüllung der Versicherungspflicht dient.

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

ANZEIGE 04.18

**3. Vertragsänderung**

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann zu einer rückwirkenden Beitragserhöhung oder zu einem rückwirkenden Ausschluss der Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand und insoweit zu einem rückwirkenden Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen. Die Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung, die der Erfüllung der Versicherungspflicht dient, wird jedoch erst wirksam, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie bei einem anderen Versicherer einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen haben, nach dem Sie ohne Unterbrechung versichert sind.

**4. Ausübung unserer Rechte**

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

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

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

**5. Stellvertretung durch eine andere Person**

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

HanseMerkur

# Mitteilung nach § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

**Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen**

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist, und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

**Leistungsfreiheit**

Verstoßen Sie vorsätzlich gegen Ihre Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen eine dieser Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens - ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust - kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

**Hinweis:**

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, Aufklärung und Vorlage von Belegen verpflichtet.

OBLIEGENHEIT 05.20

HanseMerkur

# Ihre Vollversicherung:
# Was ist im Leistungsfall zu tun?

Liebe Kundin, lieber Kunde,

der Krankenversicherungsvertrag wird wie kaum ein anderer Vertrag von Vertrauen geprägt.

Gegenseitige Informationen tragen dazu bei, es zu erhalten und Störungen des Versicherungsschutzes auszuschließen.

Auf diesem Merkblatt haben wir einige Hinweise für Sie zusammengetragen, die Ihnen helfen sollen, im Leistungsfall eine möglichst schnelle Erstattung zu erhalten und Eigenkosten zu vermeiden.

Deshalb unsere Bitte: Lesen Sie die Hinweise aufmerksam durch und beachten Sie bei künftigen Rechnungseinreichungen folgende Punkte:

- Zur Auszahlung der Versicherungsleistung benötigen wir grundsätzlich die Originalbelege mit Diagnose.
- Medikamente sind nur dann erstattungsfähig, wenn sie vom Arzt / Heilpraktiker schriftlich verordnet und aus der Apotheke, Versand- oder Internetapotheke bezogen werden.
- Ärztlich verordnete Heilmittelanwendungen (Massagen, Fango, Krankengymnastik usw.) sind bis zum Höchstsatz der Beihilfevorschriften des Bundes erstattungsfähig. Auf Wunsch stellen wir Ihnen gern einen Auszug aus der aktuellen Fassung der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) zur Verfügung.
- Für Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) ist die tarifliche Leistung begrenzt. Bei verordneten Hilfsmitteln mit einem Anschaffungspreis von mehr als 3.000 EUR erstellen wir Ihnen auf Wunsch gern eine vorherige Leistungszusage.
- Bei geplanten Maßnahmen für Zahnersatz (Brücken, Kronen, Inlays usw.) oder kieferorthopädische Behandlung erhalten Sie vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan. Eine Einreichung ist nicht erforderlich. Wir ermitteln Ihren tariflichen Leistungsanspruch anhand der nach Behandlungsende erstellten Rechnung. Auf Wunsch prüfen wir jedoch vorher gern den Heil- und Kostenplan und informieren Sie über die zu erwartende Versicherungsleistung.
- Wenn eine psychotherapeutische Behandlung geplant ist, informieren Sie uns bitte vor Behandlungsbeginn.
- Die Tarife AZP und KVP beinhalten eine Pauschalerstattung für nicht in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen. Sofern Sie also ambulante / zahnärztliche Leistungen in Anspruch nehmen, prüfen Sie bitte vor Einreichung der Rechnungen, ob Ihre Pauschalerstattung für Sie günstiger ist. In diesem Fall bitten wir Sie, Ihre Rechnungen vorerst zu sammeln.
- Sollten Sie kurzfristig ins Krankenhaus müssen, geben Sie in der Patientenverwaltung Ihre Versicherungsnummer bekannt. Sofern das Krankenhaus einen Kostenübernahmeantrag bei uns stellt, prüfen wir, ob wir die Unterbringungskosten direkt mit dem Krankenhaus abrechnen können.
- Bei geplanten Krankenhausaufenthalten rufen Sie uns bitte an - wir können Ihnen sagen, ob wir in diesem Einzelfall weitere Unterlagen benötigen. Bitte beachten Sie die Informationen, die Ihnen das Krankenhaus vor der Aufnahme gibt.
- Sofern Sie zusätzlich eine Krankentagegeldversicherung abgeschlossen haben, informieren Sie uns im Falle einer Arbeitsunfähigkeit bitte rechtzeitig vor Ablauf der tariflichen Karenzzeit, damit wir Ihnen die erforderlichen Unterlagen zuschicken können.
- Sind Ihnen Behandlungskosten aufgrund eines Unfalles entstanden, reichen Sie uns die Rechnungen bitte zusammen mit einer kurzen Schilderung des Unfallhergangs ein.

Der Umfang des Versicherungsschutzes ist verbindlich in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und den Tarifbeschreibungen geregelt.

Haben Sie Fragen zu Ihrer Krankenversicherung oder zu weiteren Angeboten der HanseMerkur? In unserem Serviceportal unter www.hansemerkur.de finden Sie Antworten zu häufig gestellten Fragen.

**Für Leistungseinreichungen zu Ihrer Krankenversicherung:**
HanseMerkur Krankenversicherung
Postfach 30 24 50
20308 Hamburg

Für alle Smartphone-Besitzer: die **HanseMerkur ServiceApp!** Profitieren auch Sie von unseren mobilen Services wie Leistungs- und Dokumenteneinreichung, Postbox mit Bearbeitungsstatus und vielen weiteren personalisierten Services. Alles sicher mit Datenverschlüsselung und PIN-Aktivierung! Infos unter: **www.hansemerkur.de/app-center/serviceapp.**

Alles Gute für Sie!
Ihre HanseMerkur

LEIS-PKV 03.24

HanseMerkur

# Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

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

## 1. Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

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

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

Unter bestimmten Voraussetzungen sind **Ehegatten** und **Kinder** beitragsfrei mitversichert.

## 2. Prinzipien der privaten Krankenversicherung

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

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als **Anwartschaftsdeckungsverfahren** oder **Kapitaldeckungsverfahren**.

Ein **Wechsel** des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer - mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif - keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.[1)] Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

BAFIN 04.16

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

HanseMerkur

# Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

**Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)**
**Tarifbedingungen 2009 (TB/KK 2009)**

## Inhalt


### Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes ... 14
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes ... 16
§ 3 Wartezeiten ... 16
§ 4 Umfang der Leistungspflicht ... 17
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht ... 19
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen ... 20
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes ... 20

### Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung ... 20
§ 8a Beitragsberechnung ... 22
§ 8b Beitragsanpassung ... 22
§ 9 Obliegenheiten ... 23
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen ... 23
§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte ... 23
§ 12 Aufrechnung ... 23

### Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer ... 23
§ 14 Kündigung durch den Versicherer ... 24
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe ... 25

### Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen ... 25
§ 17 Gerichtsstand ... 25
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ... 25
§ 19 Wechsel in den Standardtarif ... 25
§ 20 Wechsel in den Basistarif ... 26

### Anhang - Auszüge aus den Gesetzestexten


## 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.

zu § 1 (1) MB/KK 2009:

Ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als Unfall gelten auch

a) Wundinfektionen, bei denen der Ansteckungsstoff durch eine Unfallverletzung im Sinne des vorstehenden Absatzes in den Körper gelangt ist;

MBKK 01.26

b) durch Kraftanstrengung der versicherten Person hervorgerufene Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißungen an Gliedmaßen und Wirbelsäule.

(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.

zu § 1 (2) b MB/KK 2009:

Aus Tarifen mit Leistungsanspruch für ambulante Heilbehandlung kann erstmals nach zweijähriger Dauer für Vorsorgeuntersuchungen, die nicht auf gesetzlich eingeführten Programmen beruhen, ein Kostenzuschuss gegeben werden. Nach Ablauf von jeweils 2 weiteren Jahren können erneut Zuschüsse zur Verfügung gestellt werden.

zu § 1 (2) MB/KK 2009:

Als Versicherungsfall gelten auch

a) Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) der Bundesrepublik Deutschland nach dem neuesten Stand allein in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht - unabhängig von Beruf, Reisen und Freizeitgewohnheiten - für alle empfohlen werden,

b) Zahnprophylaxe und über gesetzlich eingeführte Programme hinausgehende Vorsorgeuntersuchungen, soweit hierfür Leistungen tariflich vereinbart sind,

c) ambulante Palliativversorgung im tariflichen Umfang, soweit die Aufwendungen über die Leistungen aus Pflegeversicherungen hinausgehen,

d) stationäre Hospizaufenthalte, sofern eine Krankheitskostenvollversicherung besteht und soweit die Aufwendungen über die Leistungen aus Pflegeversicherungen hinausgehen. Erstattungsfähig sind 100 % der verbleibenden Kosten für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz. Aufwendungen sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre, und

e) die Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen, soweit hierfür Leistungen tariflich vereinbart sind. Digitale Gesundheitsanwendungen, die dem Bereich der Fitness oder Wellness zuzurechnen sind, sind hiervon ausgeschlossen.

(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.

zu § 1 (4) MB/KK 2009:

a) Als Europa im Sinne dieser Bedingung gelten auch die außereuropäischen Teile Russlands und der Türkei.

b) Bei vorübergehendem Aufenthalt der versicherten Person im europäischen oder außereuropäischen Ausland kann durch Besondere Bedingungen die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die Bundespflegesatzverordnung (BPflV), auf das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen gemäß der Tarifbedingung zu § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 vereinbart werden. Der Versicherer verlangt im Rahmen dieser Besonderen Bedingungen einen angemessenen Beitragszuschlag. Der Abschluss der Besonderen Bedingungen kann bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten von bis zu 12 Wochen Dauer nur bis zu deren Antritt, bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten von mehr als 12 Wochen Dauer nur bis spätestens 2 Monate nach Beginn des Auslandsaufenthaltes beantragt werden. Ohne Besondere Bedingungen ist der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

c) Ab Beginn des 2. Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland verringern sich die tariflichen Leistungen um ein Drittel, wenn nicht vor der Ausreise etwas anderes vereinbart wurde. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, so wird der volle Versicherungsschutz so lange zur Verfügung gestellt, bis die versicherte Person die Rückreise ohne Gefährdung der Gesundheit antreten kann.

(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.

zu § 1 (5) MB/KK 2009:

a) Europäische Staaten, die nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind, werden diesen Staaten gleichgestellt. Dies gilt auch für die außereuropäischen Teile der Türkei und Russlands.

b) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat Europas, so kann durch Besondere Bedingungen die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die Bundespflegesatzverordnung (BPflV), auf das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen gemäß der Tarifbedingung zu § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 vereinbart werden. Der Versicherer verlangt im Rahmen dieser Besonderen Bedingungen einen angemessenen Beitragszuschlag. Der Abschluss der Besonderen Bedingungen kann nur bis spätestens 2 Monate nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in das Ausland beantragt werden. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in die Schweiz muss der Abschluss der Besonderen Bedingungen vor der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts vereinbart werden. Ohne Besondere Bedingungen ist der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

c) Unter den Voraussetzungen des § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 einschließlich der Tarifbedingung Buchst. a zu § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 kann der Versicherungsnehmer für die betreffende Versicherung zu entsprechend herabgesetzten Beiträgen das vorübergehende Ruhen von Rechten und Pflichten nach Maßgabe der Bestimmungen über die Anwartschaftsversicherung (Tarif AwV) beantragen.

(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 (6) MB/KK 2009:

a) Abweichend von § 1 Abs. 6 MB/KK 2009 ist der Versicherer zur Annahme des Antrags unverzüglich verpflichtet.

b) Der Versicherungsnehmer kann einen Risikozuschlag und eine Wartezeit dadurch abwenden, dass er die Vereinbarung eines entsprechenden Leistungsausschlusses verlangt, soweit letzterer versicherungstechnisch möglich ist.

c) Abweichend von § 1 Abs. 6 MB/KK 2009 besteht der Umwandlungsanspruch auch bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen.

## § 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.

zu § 2 (1) MB/KK 2009:

Zugunsten des Versicherungsnehmers werden für Versicherungsfälle, die vor Vertragsabschluss bzw. -änderung eingetreten sind, Leistungen zur Verfügung gestellt, wenn diese dem Versicherer entsprechend § 19 VVG (siehe Anhang) angezeigt worden sind und insoweit keine entgegenstehenden Besonderen Bedingungen vereinbart wurden.

(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.

zu § 2 (2) MB/KK 2009:

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

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

## § 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt

a) bei Unfällen;

b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner (gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung - siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

zu § 3 (2) MB/KK 2009:

Die allgemeine Wartezeit entfällt zusätzlich bei folgenden akuten Infektionskrankheiten: COVID-19, Röteln, Masern, Windpocken, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Ziegenpeter (Mumps), spinale Kinderlähmung, epidemische Genickstarre, Ruhr, Paratyphus, Typhus, Flecktyphus, Cholera, Pocken, Wechselfieber und Rückfallfieber.

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

zu § 3 (3) MB/KK 2009:

Die besondere Wartezeit für Zahnbehandlung, Zahnersatz (Zahnprothetik, Stiftzähne, Brücken, Überkronungen sowie Implantate) und Kieferorthopädie verkürzt sich auf 6 Monate.

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

zu § 3 (4) MB/KK 2009:

In allen Tarifen können die Wartezeiten erlassen werden, wenn die Versicherung in Verbindung mit einer ärztlichen Untersuchung beantragt 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 (6) MB/KK 2009:

a) Soweit sich bei Änderung des Versicherungsschutzes in dem neu gewählten Tarif, der neu gewählten Tarifklasse oder -stufe Mehrleistungen ergeben, gelten die Bestimmungen über die Wartezeiten sinngemäß. Dies gilt nicht, wenn zugunsten des Versicherungsnehmers in Tarifen mit Leistungsanpassung etwas anderes bestimmt ist.

b) Für Beamte und Angestellte im öffentlichen Dienst gilt für Beihilfe-Prozenttarife bei Änderung oder Wegfall des Beihilfeanspruchs: Vermindert sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person oder entfällt er, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife. Dabei finden die Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes (Tariferhöhung oder Tarifwechsel) zwar grundsätzlich Anwendung. Die erhöhten Leistungen werden jedoch ohne erneute Wartezeit und ohne erneute Risikoprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an zur Verfügung gestellt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht gegeben ist. Die Vergünstigungen gemäß Satz 3 finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Änderung des Beihilfeanspruchs gestellt und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er die Minderung oder den Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgleicht, jedoch nicht mehr als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Diese Erhöhung des Versicherungsschutzes kann nur zum Ersten des Monats, in dem der Beihilfeanspruch sich ändert, oder zum Ersten des folgenden Monats beantragt und frühestens zum Beginn des Monats wirksam werden, in dem der Antrag beim Versicherer eingeht. Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

## § 4 Umfang der Leistungspflicht

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

zu § 4 (1) MB/KK 2009:

a) Betragsmäßig festgelegte tarifliche Selbstbehalte gelten im Kalenderjahr eines unterjährigen Wechsels zwischen Tarifen (bzw. Tarifklassen oder -stufen) im abgehenden Tarif ungekürzt; im zugehenden Tarif reduzieren sich diese im Kalenderjahr des Wechsels um ein Zwölftel für jeden in diesem Tarif vollständig nicht versicherten Monat. Im Kalenderjahr des Wechsels wird insgesamt nicht mehr als der maximale betragsmäßig festgelegte Selbstbehalt der versicherten Tarife, Tarifklassen oder -stufen einbehalten. Diese Regelung gilt entsprechend, sofern bei einer unterjährig durchgeführten Beitragsanpassung betragsmäßig festgelegte tarifliche Selbstbehalte gemäß § 8b Abs. 1 MB/KK 2009 geändert werden.

b) Sofern ein Tarif für ein Versicherungsjahr (siehe Tarifbedingung zu § 8 Abs. 1 MB/KK 2009) Leistungshöchstsätze vorsieht, reduzieren sich diese im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns um ein Zwölftel für jeden nicht versicherten Monat. Bei Beendigung der Versicherung ermäßigen sich diese Sätze nicht. Sofern ein Tarif über mehrere Versicherungsjahre kumulierende Leistungshöchstsätze vorsieht, gelten die Sätze 1 und 2 entsprechend.

Für Leistungshöchstsätze, die sich auf ein Kalenderjahr beziehen, erfolgt keine Kürzung.

Bei einem Wechsel in Tarife, Tarifklassen oder -stufen, die für eine Leistungsart Leistungshöchstsätze oder andere Leistungsbegrenzungen vorsehen, werden die in den abgehenden Tarifen für diese Leistungsart bereits erstatteten Aufwendungen in den zugehenden Tarifen entsprechend berücksichtigt.

Im Jahr eines unterjährigen Wechsels zwischen Tarifen (bzw. Tarifklassen oder -stufen) gelten auf Versicherungsjahre bezogene Leistungshöchstsätze im abgehenden Tarif ungekürzt. Im zugehenden Tarif reduzieren sich diese im Kalenderjahr des Wechsels um ein Zwölftel für jeden in diesem Tarif vollständig nicht versicherten Monat, sofern nicht die bisher abgelaufene mehrjährige Versicherungsdauer für den zugehenden Tarif anerkannt wird.

Bei einer unterjährig durchgeführten Beitragsanpassung, bei der auf Versicherungsjahre bezogene Leistungshöchstsätze gemäß der Tarifbedingung b zu § 8b Abs. 1 MB/KK 2009 geändert werden, gelten jeweils die zum Behandlungszeitpunkt gültigen ungekürzten Sätze. Dies gilt entsprechend für unterjährige Wechsel zwischen Tarifen, Tarifklassen oder -stufen, sofern die bisher abgelaufene mehrjährige Versicherungsdauer für den zugehenden Tarif anerkannt wird.

(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.

zu § 4 (2) MB/KK 2009:

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden. Weiterhin dürfen auch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Anspruch genommen werden.

In vertraglichem Umfang sind erstattungsfähig die Heilbehandlungskosten für Verrichtungen des Behandelnden, soweit sie dieser nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ) bzw. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) in Rechnung stellen kann. Für die Teile der Aufwendungen, die durch Überschreiten der möglichen Höchstsätze der Gebührenordnung anfallen, besteht kein Leistungsanspruch. Behandlungskosten, die durch Inanspruchnahme von Heilpraktikern entstehen, werden nur bis zu den Höchstsätzen erstattet, bis zu denen für vergleichbare ärztliche Leistungen Honorare bemessen werden können.

Erstattungsfähig sind auch telemedizinische Beratungen und Behandlungen durch approbierte Ärzte, die für einen auf die ärztliche Fernbehandlung spezialisierten Anbieter tätig sind, wenn die Abrechnungen nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorgenommen werden. Voraussetzung ist, dass der Anbieter in dem entsprechenden Anbieterverzeichnis des Versicherers enthalten ist. Das jeweils aktuelle Anbieterverzeichnis wird auf Anfrage durch den Versicherer zur Verfügung gestellt.

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

zu § 4 (3) MB/KK 2009:

a) Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost u. dgl. Medizinische Nährlösungen zur künstlichen Ernährung (enterale Ernährung) werden im tariflichen Umfang erstattet.

b) Soweit der Tarif nichts anderes vorsieht, gelten als Heilmittel alle in den Bundesbeihilfevorschriften als beihilfefä-

hig anerkannten Heilmittel. Als Heilmittel gelten nicht Sauna-, russisch-römische und ähnliche Bäder.

Soweit nicht die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zur Anwendung kommt, bemisst sich die tarifliche Leistung für Heilmittel nach den gemäß Bundesbeihilfevorschriften dafür als beihilfefähig anerkannten Höchstbeträgen (Anlage 9 zu § 23 Abs. 1 der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) - „Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel"). Für Aufwendungen, die über diese Beträge hinausgehen, besteht kein Leistungsanspruch.

c) Als Hilfsmittel gelten die als solche im Tarif aufgeführten Gegenstände.

d) Als Apotheke gilt auch eine Versand- oder Internetapotheke.

e) Digitale Gesundheitsanwendungen müssen von niedergelassenen approbierten Ärzten oder von approbierten Ärzten, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder bei einem in dem entsprechenden Anbieterverzeichnis*) des Versicherers enthaltenen auf die ärztliche Fernbehandlung spezialisierten Anbieter tätig sind, oder von Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordnet werden.

Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die zwischen dem Anbieter der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. vereinbart wurde. Gibt es für eine digitale Gesundheitsanwendung keine solche Vereinbarung, sind die Kosten bis zu der Höhe erstattungsfähig, die nach § 134 SGB V mit der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart wurde. Besteht für eine digitale Gesundheitsanwendung eine gesonderte Vereinbarung über den Erstattungsbetrag zwischen dem Anbieter und dem Versicherer, werden immer die zwischen Anbieter und Versicherer vereinbarten Beträge erstattet. Für anderweitige digitale Gesundheitsanwendungen, deren Erstattung vorher durch den Versicherer zugesagt wurde, sind die in Rechnung gestellten Kosten erstattungsfähig.

*) Das jeweils aktuelle Anbieterverzeichnis wird auf Anfrage durch den Versicherer zur Verfügung gestellt.

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

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

zu § 4 (5) MB/KK 2009:

a) Über § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 hinaus wird bei Krankheitskostenversicherungen in vertraglichem Umfang auch für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen eines Rheumaleidens in solchen Heilstätten geleistet, die sich auf die Behandlung von Rheumakranken spezialisiert haben.

b) Abweichend von § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 werden Leistungen für dort beschriebene Krankenanstalten auch ohne vorherige Zusage des Versicherers in vertraglichem Umfang erbracht,

1. wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Akutbehandlung erfordern,

2. wenn eine Notfalleinweisung (bei Unfällen oder lebensbedrohlichen Zuständen) erfolgte,

3. wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) handelt, die innerhalb von zwei Wochen nach der stationären Akutbehandlung angetreten wurde und die aufgrund einer der folgenden Indikationen medizinisch notwendig war: Bypass-Operation am Herzen, akuter Herzinfarkt, Operation am offenen Herzen, Wirbelsäulen-Operation, Schlaganfall, Gelenkersatz mit Knie- oder Hüftgelenksprothesen, Nagelung von Oberschenkelhalsbrüchen oder bösartige Neubildung (AHB nach Operation, Chemotherapie bzw. Strahlentherapie), sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht,

4. wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten ist oder

5. wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat. Die Leistungen sind auf den Zeitraum der stationären Behandlung dieser akuten Erkrankung begrenzt.

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

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

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

## § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

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

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 Aufenthaltszweck 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.

zu § 5 (1) a MB/KK 2009:

a) Abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. a MB/KK 2009 wird für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht sind, geleistet, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthalts keine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird eine Reisewarnung während des Auslandsaufenthalts ausgesprochen, besteht so lange Versicherungsschutz, bis die Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist.

b) Für anerkannte, nach Versicherungsbeginn eingetretene Wehrdienstbeschädigungen (§§ 80 ff. Soldatenversorgungsgesetz) und deren Folgen besteht Anspruch auf die tariflichen Leistungen für die Aufwendungen, die trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld bleiben von der Vorleistung durch die gesetzliche Heilfürsorge unberührt.

zu § 5 (1) b MB/KK 2009:

Abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. b MB/KK 2009 werden 70 % der allgemeinen Krankenhausleistungen für eine maximal 6-wöchige stationäre Entwöhnungsbehandlung in einem entsprechend qualifizierten Krankenhaus, das von der gesetzlichen Krankenversicherung dafür zugelassen ist, im tariflichen Umfang erstattet, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht. Voraussetzungen sind, dass eine stoffgebundene Abhängigkeit außer Nikotinsucht vorliegt, dass der Versicherer vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat und dass bisher noch keine stationäre Entwöhnungsbehandlung erfolgt ist, auch nicht durch Finanzierung eines anderen Kostenträgers.

zu § 5 (1) c MB/KK 2009:

§ 5 Abs. 1 Buchst. c MB/KK 2009 gilt auch für Behandlungen durch Hebammen, Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und in medizinischen Versorgungszentren (MVZ).

zu § 5 (1) d MB/KK 2009:

Aus Tarifen mit Leistungsanspruch für stationäre Krankenhausbehandlung kann bei stationärer Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlung ein Kostenzuschuss gezahlt werden, wenn der Versicherer diesen vor Kurantritt aufgrund eines ausführlichen ärztlichen Attestes zugesagt hat. Der Versicherer kann auch das Gutachten eines von ihm bestimmten Arztes verlangen.

Soweit nicht im Tarif ergänzend ausdrücklich anderes bestimmt ist, können Leistungen erstmals für Behandlungen erbracht werden, die nach dreijähriger Versicherungsdauer stattfinden. Für Behandlungen dieser Art, die nach Ablauf von jeweils 3 weiteren Jahren stattfinden, können erneut Leistungen zur Verfügung gestellt werden. Das gilt auch für Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlungen, die in Krankenhäusern bzw. Kliniken stattfinden.

zu § 5 (1) d und e MB/KK 2009:

a) Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, können die in Tarifbedingung b) Nummer 3 zu § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 genannten Leistungen unter den dort genannten Voraussetzungen auch ambulant oder teilstationär erbracht werden. Zusätzlich werden ambulante Rehabilitationsmaßnahmen bei einer Polyneuropathie, einer Multiplen Sklerose und Gefäßoperationen tariflich erstattet. Leistungen anderer Kostenträger, die zunächst in Anspruch zu nehmen sind, werden bei allen Rehabilitationsmaßnahmen in Abzug gebracht. Besteht eine medizinische Notwendigkeit für einen Transport, werden die hierdurch entstehenden Aufwendungen für eine ambulante oder teilstationäre Rehabilitation im tariflichen Umfang bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag von 1.000 EUR anerkannt; bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen sind diese Aufwendungen auf den Betrag beschränkt, der für die Fahrt in die nächstgelegene geeignete Einrichtung und zurück anfällt.

b) Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, werden abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. d MB/KK 2009 die tariflichen Leistungen für ärztliche Behandlungen, Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel auch dann erbracht, wenn sie im Rahmen einer ärztlich verordneten und medizinisch notwendigen ambulanten Kur in Deutschland anfallen. Eine Inanspruchnahme dieser Leistung ist nur alle 3 Jahre möglich. Unterbringungs-, Verpflegungs- und Fahrtkosten sowie Kurtaxe sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

c) Auch wenn für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort nach § 5 Abs. 1 Buchst. e MB/KK 2009 keine Leistungen zu beanspruchen sind, werden nach Tarifen, die für ambulante Heilbehandlung Leistungen vorsehen, die vertraglichen Leistungen erbracht.

(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 MB/KK 2009:

a) Bei teil-, vor- und nachstationärer Heilbehandlung besteht kein Anspruch auf die Zahlung von Krankenhaustagegeldleistungen.

b) Bei Ergänzungstarifen für gesetzlich versicherte Personen besteht kein Anspruch auf Erstattung von Zuzahlungen, sofern diese die gemäß § 62 SGB V für die versicherte Person geltende Belastungsgrenze überschreiten.

c) Es besteht - unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen - Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union (z. B. Blocking Regulation, Verordnung (EG) Nr. 2271/96) oder der Bundesrepublik Deutschland (z. B. § 7 Außenwirtschaftsverordnung (AWV)) entgegenstehen.

## § 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.

zu § 6 (1) MB/KK 2009:

Die Leistungspflicht des Versicherers setzt voraus, dass ihm folgende Nachweise erbracht werden:

a) Bei ambulanter Heilbehandlung: Originalrechnungen des Behandelnden, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheiten, die Angabe der einzelnen vom Behandelnden erbrachten Leistungen nach Datum, Anzahl und Art der Behandlung bzw. Ziffer der angewendeten Gebührenordnung enthalten müssen; bei Aufwendungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel quittierte Verordnungen zusammen mit der dazugehörigen Rechnung des Behandelnden. Besteht anderweitig Krankenversicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften.

b) Bei stationärer Heilbehandlung im Krankenhaus ist eine ärztliche Einweisungsbescheinigung mit der Krankheitsbezeichnung vorzulegen; im Übrigen gilt Buchst. a entsprechend, und zwar auch bei stationärer Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlung (siehe Tarifbedingungen zu § 5 Abs. 1 Buchst. d MB/KK 2009). Soll nur Krankenhaustagegeld geleistet werden, genügt es, wenn neben der Einweisungsbescheinigung Nachweise über die Aufenthaltsdauer und die im Krankenhaus gestellte Diagnose vorgelegt werden.

c) Ist eine Zusatzleistung im Todesfall zu zahlen, muss eine amtliche Sterbeurkunde vorgelegt werden.

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

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

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

zu § 6 (4) MB/KK 2009:

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

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

zu § 6 (5) MB/KK 2009:

Von den Leistungen können nur die Kosten für Übersetzungen aus außereuropäischen Sprachen und die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers Überweisungen in das Ausland vornimmt oder besondere Überweisungsformen wählt.

(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 (6) MB/KK 2009:

Ist ein Krankenhausausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

zu § 6 MB/KK 2009:

Der Versicherer kann verlangen, dass die ihm zur Erstattung eingereichten Rechnungen bezahlt sind. Leistungen aus unbezahlt eingereichten Rechnungen kann er unter Anzeige an den Versicherungsnehmer mit befreiender Wirkung an die Rechnungssteller auszahlen.

## § 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 Be-

ginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

zu § 8 (1) MB/KK 2009:

Das erste Versicherungsjahr beginnt für den einzelnen Tarif, die einzelne Tarifklasse oder -stufe jeweils an dem Tag, der auf dem Versicherungsschein unter „Beginn“ angegeben ist; es endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

(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.

zu § 8 (1) und (2) MB/KK 2009:

a) Der Vertrag wird für zwei Versicherungsjahre geschlossen. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn es nicht vom Versicherungsnehmer zum Ablauf der Vertragszeit fristgemäß gekündigt wird.

b) Für Beitragsvorauszahlungen werden folgende Nachlässe eingeräumt:

Vorauszahlung für 12 Monate 3 %,

Vorauszahlung für 6 Monate 2 %,

Vorauszahlung für 3 Monate 1 %.

(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.

zu § 8 (4) MB/KK 2009:

Abweichend von § 8 Abs. 4 MB/KK 2009 ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Monatsbeitrag bzw. die erste Beitragsrate jedoch erst am Tage des Versicherungsbeginns fällig, auch wenn der Versicherungsschein vorher zugegangen ist.

(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.

zu § 8 (7) MB/KK 2009:

Abweichend von § 8 Abs. 7 MB/KK 2009 kann die Höhe der Mahnkosten beim Versicherer erfragt werden.

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

zu § 8 (8) MB/KK 2009:

Im Falle des Rücktritts gem. § 37 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) (nicht rechtzeitige Zahlung des ersten Beitrags bzw. der ersten Beitragsrate) beträgt die Geschäftsgebühr gem. § 39 Abs. 1 Satz 3 VVG (siehe Anhang) zwei Monatsbeiträge.

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

zu § 8 MB/KK 2009:

Aus dem Überschuss der Gesellschaft wird nach den gesetzlichen und aufsichtsbehördlichen Vorschriften eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, die nur zugunsten der Versicherten verwendet werden darf.

Als Form der Überschussbeteiligung kommt u. a. in Betracht: Auszahlung oder Gutschrift, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhung oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Abweichend hiervon darf die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gemäß §§ 151 Abs. 1, 140 Abs. 1 Nr. 1 VAG (siehe Anhang) in Ausnahmefällen zur Abwendung eines drohenden Notstandes herangezogen werden.

Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders die Art der Verwendung der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, den jeweils zu verwendenden Betrag und den Zeitpunkt der Verwendung. Erfolgt eine Auszahlung oder eine Gutschrift, so gelten im Übrigen folgende Voraussetzungen:

a) Am Ende des Kalenderjahres muss die betreffende Versicherung mindestens 12 Monate bestanden haben.

b) Bis zum 30. Juni des Folgejahres muss die Versicherung in Kraft gewesen sein, es sei denn, sie endete vorher durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung.

c) Für Behandlungen der betreffenden versicherten Person während des abgelaufenen Kalenderjahres dürfen keine Versicherungsleistungen bezogen worden sein.

d) Die Beiträge für das vergangene Kalenderjahr müssen fristgerecht ohne Mahnung nach § 38 oder § 193 Abs. 6 VVG (siehe Anhang) entrichtet worden sein.

e) Die Versicherungen der anspruchsberechtigten Personen dürfen in dem abgelaufenen Kalenderjahr weder als Anwartschaftsversicherung geführt worden sein noch beitragsfrei geruht haben.

Für die Bemessung der Beitragsrückerstattung bleiben Beiträge für Anwartschaftsversicherungen unberücksichtigt.

## § 8a Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

zu § 8a (1) MB/KK 2009:

Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr. Für Kinder ist ab Ende des Kalenderjahres, in dem sie das 14. Lebensjahr vollenden, der Beitrag entsprechend einem Eintrittsalter von 15-19 Jahren und für Jugendliche ab Ende des Kalenderjahres, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, der Beitrag entsprechend einem Eintrittsalter von 20 Jahren zu entrichten.

(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 MB/KK 2009:

Der Alterungsrückstellung der versicherten Person werden nach Maßgabe des § 150 VAG (siehe Anhang) und der technischen Berechnungsgrundlagen jährlich zusätzliche Beträge zugeschrieben. Dieser Teil der Alterungsrückstellung wird mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen verwendet. Mit Vollendung des 80. Lebensjahres werden die Zuschreibungen und nicht verbrauchte Beträge zur Beitragssenkung eingesetzt. Die Rückstellung aus dem gesetzlichen Beitragszuschlag gemäß § 149 VAG (siehe Anhang) wird entsprechend verwendet.

## § 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 Betragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

zu § 8b (1) MB/KK 2009:

a) Als Beobachtungseinheiten gelten: Männer, Frauen, Erwachsene (im Falle, dass die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden) und Kinder/Jugendliche. Der tariflich festgelegte Vomhundertsatz beträgt 5.

b) Sofern für eine Beobachtungseinheit eine Beitragsanpassung erforderlich ist, ist der Versicherer zugleich berechtigt, die tariflich vorgesehenen Leistungshöchstbeträge (auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres) sowie die Tagegelder mit Zustimmung der Treuhänder nach Maßgabe des § 203 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) für alle Beobachtungseinheiten zu erhöhen. Än-

derungen erfolgen ab dem Termin der Beitragsanpassung, sofern nicht mit Zustimmung der Treuhänder ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

(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.

### § 9 Obliegenheiten

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

zu § 9 (1) MB/KK 2009:

Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet. § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 bleibt hiervon unberührt.

(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 MB/KK 2009:

Für Personen, die Ergänzungstarife zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgeschlossen haben, ist die Möglichkeit zur Befreiung von Zuzahlungen beim Träger der GKV gemäß § 62 SGB V wegen Überschreitens der individuellen Belastungsgrenze wahrzunehmen. Der Versicherer ist über jede erteilte Befreiung unverzüglich in Textform zu informieren.

### § 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. 2 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 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 aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

### § 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

## 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.

zu § 13 (1) MB/KK 2009:

Zur Definition des Versicherungsjahres vgl. die Tarifbedingung zu § 8 Abs. 1 MB/KK 2009.

(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 Versicherungs-

nehmer 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.

zu § 13 (3) MB/KK 2009:

Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht nach § 13 Abs. 3 MB/KK 2009 Gebrauch, so hat er binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht das Recht, die Versicherung der betroffenen versicherten Person zum Kündigungszeitpunkt unter Anrechnung von erworbenen Rechten und Alterungsrückstellungen und ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine für den Neuzugang geöffnete, den gesetzlichen Versicherungsschutz ergänzende Zusatzversicherung umzustellen, deren Leistungsumfang nicht höher als im bisherigen Versicherungsschutz ausfällt.

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

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

zu § 13 (5) MB/KK 2009:

Das Sonderkündigungsrecht gemäß § 13 Abs. 5 MB/KK 2009 gilt auch dann, wenn eine Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gemäß § 18 Abs. 2 (höchstrichterliche Entscheidung oder bestandskräftiger Verwaltungsakt) zu einer Minderung der Leistungen führt.

(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.

zu § 13 (8) MB/KK 2009:

Hat eine versicherte Person, deren Versicherungsverhältnis über eine Krankheitskostenvollversicherung vor dem 1. Januar 2009 begründet wurde, nach dem 31. Dezember 2008 eine Umwandlung der Versicherung in einen Versicherungsschutz vorgenommen, der den Aufbau eines Übertragungswertes gemäß § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) vorsieht, so gilt § 13 Abs. 8 Satz 1 MB/KK 2009 mit der Maßgabe, dass die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dieser Umwandlung aufgebauten Übertragungswertes auf den neuen Versicherer zu übertragen ist.

(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 (11) MB/KK 2009:

Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben auch für eine Krankenversicherung, die nicht nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

zu § 13 MB/KK 2009:

a) Im Falle eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, die Versicherung in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

b) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat Europas einschließlich der außereuropäischen Teile Russlands und der Türkei, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten ab Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts zum Zeitpunkt der Verlegung kündigen.

## § 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 Versicherungsver-

hältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

zu § 14 (1) und (2) MB/KK 2009:

Der Versicherer kann wegen Verletzung der Anzeigepflicht durch den Versicherungsnehmer nicht mehr gemäß §§ 19 bis 21 VVG (siehe Anhang) vom Vertrag zurücktreten, wenn seit Abschluss oder Änderung des Versicherungsvertrages mehr als drei Jahre verstrichen sind; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

zu § 14 (2) MB/KK 2009:

Bei Tarifen der Krankheitskostenteilversicherung, die ausschließlich Versicherungsschutz für Zahnbehandlung und/oder -ersatz bieten, verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht.

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

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

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

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

zu § 15 (3) MB/KK 2009:

Europäische Staaten, die nicht in § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 genannt sind, werden den dort genannten Staaten gleichgestellt. Dies gilt auch für die außereuropäischen Teile der Türkei und Russlands.

## 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 Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers anhängig gemacht werden.

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

### § 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

### § 19 Wechsel in den Standardtarif

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

(2) 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.

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 – Auszüge aus den Gesetzestexten

## Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag [Versicherungsvertragsgesetz - VVG]

### § 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

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

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

### § 19 Anzeigepflicht

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

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

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

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

(5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer

hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

## § 20 Vertreter des Versicherungsnehmers

Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen, sind bei der Anwendung des § 19 Abs. 1 bis 4 und des § 21 Abs. 2 Satz 2 sowie Abs. 3 Satz 2 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

## § 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

(1) Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Abs. 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(2) Im Fall eines Rücktrittes nach § 19 Abs. 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Die Rechte des Versicherers nach § 19 Abs. 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

## § 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

## § 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

## § 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

## § 39 Vorzeitige Vertragsbeendigung

(1) Im Fall der Beendigung des Versicherungsverhältnisses vor Ablauf der Versicherungsperiode steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur derjenige Teil der Prämie zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer die Prämie bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer nach § 37 Abs. 1 zurück, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

## § 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

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

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

## § 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten 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.

(6) Ist der Versicherungsnehmer in einer der Pflicht nach Absatz 3 genügenden Versicherung mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat ihn der Versicherer zu mahnen. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Prämienrückstandes an Stelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag in Höhe von 1 Prozent des Prämienrückstandes zu entrichten. Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang der Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer ein zweites Mal und weist auf die Folgen nach Satz 4 hin. Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, ruht der Vertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Das Ruhen des Vertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist oder wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Versicherungsnehmers vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bescheinigen.

## § 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.

## § 203 Prämien- und Bedingungsanpassung

(3) Ist bei einer Krankenversicherung im Sinn des Absatzes 1 Satz 1 das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anzupassen, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

---

# Auszug aus dem Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen [Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG]

---

## § 140 Rückstellung für Beitragsrückerstattung

(1) Die der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugewiesenen Beträge dürfen nur für die Überschussbeteiligung der Versicherten einschließlich der durch § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes vorgeschriebenen Beteiligung an den Bewertungsreserven verwendet werden. In Ausnahmefällen kann die Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten herangezogen werden, um

1. einen drohenden Notstand abzuwenden,

...

## § 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

...

## § 149 Prämienzuschlag in der substitutiven Krankenversicherung

In der substitutiven Krankheitskostenversicherung ist spätestens mit Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 21. Lebensjahres des Versicherten folgt und endend in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, für die Versicherten ein Zuschlag von 10 Prozent der jährlichen gezillmerten Bruttoprämie zu erheben. Dieser ist der Alterungsrückstellung nach § 341f Absatz 3 des Handelsgesetzbuchs jährlich direkt zuzuführen und zur Prämienermäßigung im Alter nach § 150 Absatz 3 zu verwenden. Für Versicherungen mit befristeten Vertragslaufzeiten nach § 195 Absatz 2 und 3 des Versicherungsvertragsgesetzes sowie bei Tarifen, die regelmäßig spätestens mit Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze enden, sowie für den Notlagentarif nach § 153 gelten die Sätze 1 und 2 nicht.

## § 150 Gutschrift zur Alterungsrückstellung; Direkgutschrift

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

(2) Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 149 geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, von dem nach Absatz 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutzuschreiben. Der Alterungsrückstellung aller Versicherten sind von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 Prozent direkt gutzuschreiben. Der Prozentsatz nach Satz 2 erhöht sich ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahr 2001 beginnt, jährlich um 2 Prozent, bis er 100 Prozent erreicht hat.

(3) Die Beträge nach Absatz 2 sind ab der Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus Prämienerhöhungen oder eines Teils der Mehrprämien zu verwenden, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrprämien nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit der Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämiensenkung einzusetzen. Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind zur sofortigen Prämiensenkung einzusetzen. In der freiwilligen Pflegetagegeldversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, dass anstelle einer Prämienermäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.

(4) Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämienerhöhungen oder zur Prämienermäßigung zu verwenden. Die Prämienermäßigung nach Satz 1 kann so weit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben.

## § 151 Überschussbeteiligung der Versicherten

(1) § 139 Absatz 1 und 2 Satz 1 und 2 sowie § 140 Absatz 1 mit Ausnahme von § 140 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und 3 sind auf Krankenversicherungsverträge, die eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung der Versicherten vorsehen, entsprechend anzuwenden.

## § 153 Notlagentarif

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

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

## Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung [SGB V] in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung

### § 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

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

...

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

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

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

...

## Auszug aus dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft [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.

HanseMerkur

# Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS)

## Inhalt


### Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes ... 31
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes ... 32
§ 3 Wartezeiten ... 33
§ 4 Umfang der Leistungspflicht ... 33
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht ... 34
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen ... 35
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes ... 36

### Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung ... 36
§ 8a Beitragsberechnung ... 36
§ 8b Beitragsanpassung ... 37
§ 9 Obliegenheiten ... 37
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen ... 37
§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte ... 37
§ 12 Aufrechnung ... 37

### Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer ... 37
§ 14 Kündigung durch den Versicherer ... 38
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe ... 38

### Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen ... 38
§ 17 Gerichtsstand ... 38
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ... 38

### Anhang - Auszüge aus den Gesetzestexten


## 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.

Ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gelten auch

1. Wundinfektionen, bei denen der Ansteckungsstoff durch eine Unfallverletzung im Sinne des vorstehenden Absatzes in den Körper gelangt ist;

2. durch Kraftanstrengung der versicherten Person hervorgerufene Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißungen an Gliedmaßen und Wirbelsäule.

(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). Aus Tarifen mit Leistungsanspruch für ambulante Heilbehandlung kann erstmals nach zweijähriger Dauer für Vorsorgeuntersuchungen, die nicht auf gesetzlich eingeführten Programmen beruhen, ein Kostenzuschuss gegeben werden. Nach Ablauf von jeweils zwei weiteren Jahren können erneut Zuschüsse zur Verfügung gestellt werden,

c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind,

d) Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) der Bundesrepublik Deutschland nach dem neuesten Stand allein in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht unabhängig von Beruf, Reisen und Freizeitgewohnheiten - für alle empfohlen werden,

e) Zahnprophylaxe und über gesetzlich eingeführte Programme hinausgehende Vorsorgeuntersuchungen, soweit hierfür Leistungen tariflich vereinbart sind,

f) ambulante Palliativversorgung im tariflichen Umfang, soweit die Aufwendungen über die Leistungen aus Pflegeversicherungen hinausgehen, und

g) die Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen, soweit hierfür Leistungen tariflich vereinbart sind. Digitale Gesundheitsanwendungen, die dem Bereich der Fitness oder Wellness zuzurechnen sind, sind hiervon ausgeschlossen.

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

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Als Europa im Sinne dieser Bedingung gelten auch die außereuropäischen Teile Russlands und der Türkei. Bei vorübergehendem Aufenthalt der versicherten Person im europäischen oder außereuropäischen Ausland kann durch Besondere Bedingungen die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die Bundespflegesatzverordnung (BPflV), auf das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen gemäß § 4 Abs. 2 AVB/KS vereinbart werden. Der Versicherer verlangt im Rahmen dieser Besonderen Bedingungen einen angemessenen Beitragszuschlag. Der Abschluss der Besonderen Bedingungen kann bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten von bis zu 12 Wochen Dauer nur bis zu deren Antritt, bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten von mehr als 12 Wochen Dauer nur bis spätestens 2 Monate nach Beginn des Auslandsaufenthaltes beantragt werden. Ohne Besondere Bedingungen ist der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

Der Versicherungsschutz 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.

Ab Beginn des 2. Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland verringern sich die tariflichen Leistungen um ein Drittel, wenn nicht vor der Ausreise etwas anderes vereinbart wurde. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, so wird der volle Versicherungsschutz so lange zur Verfügung gestellt, bis die versicherte Person die Rückreise ohne Gefährdung der Gesundheit antreten kann.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat Europas einschließlich der außereuropäischen Teile der Türkei und Russlands, 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. Es kann jedoch durch Besondere Bedingungen die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die Bundespflegesatzverordnung (BPflV), auf das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen gemäß § 4 Abs. 2 AVB/KS vereinbart werden. Der Versicherer verlangt im Rahmen dieser Besonderen Bedingungen einen angemessenen Beitragszuschlag. Der Abschluss der Besonderen Bedingungen kann nur bis spätestens 2 Monate nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in das Ausland beantragt werden. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in die Schweiz muss der Abschluss der Besonderen Bedingungen vor der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts vereinbart werden. Ohne Besondere Bedingungen ist der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

Unter denselben Voraussetzungen sowie im Falle einer nur vorübergehenden Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen dieser Staaten kann der Versicherungsnehmer für die betreffende Versicherung zu entsprechend herabgesetzten Beiträgen das vorübergehende Ruhen von Rechten und Pflichten nach Maßgabe der Bestimmungen über die Anwartschaftsversicherung (Tarif AwV) beantragen.

(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. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann der Versicherer insoweit entweder einen Leistungsausschluss oder einen Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangen. Für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes sind Wartezeiten (§ 3 Abs. 5) einzuhalten. Der Versicherungsnehmer kann einen Risikozuschlag und eine Wartezeit dadurch abwenden, dass er die Vereinbarung eines entsprechenden Leistungsausschlusses verlangt, soweit letzterer versicherungstechnisch möglich ist. Der Umwandlungsanspruch besteht 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.

## § 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. In diesem Fall erstreckt sich der Versicherungsschutz ohne Risikozuschlag

für das Neugeborene auch auf die Behandlung von Geburtsfehlern, angeborenen Anomalien und vererbten Krankheiten.

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

## § 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt

a) bei Unfällen;

b) bei folgenden akuten Infektionskrankheiten: COVID-19, Röteln, Masern, Windpocken, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Ziegenpeter (Mumps), spinale Kinderlähmung, epidemische Genickstarre, Ruhr, Paratyphus, Typhus, Flecktyphus, Cholera, Pocken, Wechselfieber und Rückfallfieber;

c) für den Ehegatten oder Lebenspartner (gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung - siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Schließung der Ehe bzw. Lebenspartnerschaft beantragt wird.

(3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung und Psychotherapie acht Monate, für Zahnbehandlung, Zahnersatz (Inlays, Zahnprothetik, Brücken, Kronen sowie Implantate) und Kieferorthopädie sechs Monate.

(4) Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn die Versicherung in Verbindung mit einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird.

(5) Soweit sich bei Änderung des Versicherungsschutzes in dem neu gewählten Tarif, der neu gewählten Tarifklasse oder -stufe Mehrleistungen ergeben, gelten die Bestimmungen über die Wartezeiten sinngemäß. Dies gilt nicht, wenn zugunsten des Versicherungsnehmers in Tarifen mit Leistungsanpassung etwas anderes bestimmt ist.

## § 4 Umfang der Leistungspflicht

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

Sofern ein Tarif für ein Versicherungsjahr (siehe § 8 Abs. 1 AVB/KS) Leistungshöchstsätze vorsieht, reduzieren sich diese im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns um ein Zwölftel für jeden nicht versicherten Monat. Bei Beendigung der Versicherung ermäßigen sich diese Sätze nicht. Sofern ein Tarif über mehrere Versicherungsjahre kumulierende Leistungshöchstsätze vorsieht, gelten die Sätze 1 und 2 entsprechend.

Für Leistungshöchstsätze, die sich auf ein Kalenderjahr beziehen, erfolgt keine Kürzung.

Bei einem Wechsel in Tarife, Tarifklassen oder -stufen, die für eine Leistungsart Leistungshöchstsätze oder andere Leistungsbegrenzungen vorsehen, werden die in den abgehenden Tarifen für diese Leistungsart bereits erstatteten Aufwendungen in den zugehenden Tarifen entsprechend berücksichtigt.

Im Jahr eines unterjährigen Wechsels zwischen Tarifen (bzw. Tarifklassen oder -stufen) gelten auf Versicherungsjahre bezogene Leistungshöchstsätze im abgehenden Tarif ungekürzt. Im zugehenden Tarif reduzieren sich diese im Kalenderjahr des Wechsels um ein Zwölftel für jeden in diesem Tarif vollständig nicht versicherten Monat, sofern nicht die bisher abgelaufene mehrjährige Versicherungsdauer für den zugehenden Tarif anerkannt wird.

Bei einer unterjährig durchgeführten Beitragsanpassung, bei der auf Versicherungsjahre bezogene Leistungshöchstsätze gemäß § 8b Abs. 1 AVB/KS geändert werden, gelten jeweils die zum Behandlungszeitpunkt gültigen ungekürzten Sätze. Dies gilt entsprechend für unterjährige Wechsel zwischen Tarifen, Tarifklassen oder -stufen, sofern die bisher abgelaufene mehrjährige Versicherungsdauer für den zugehenden Tarif anerkannt wird.

(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.

Der versicherten Person steht auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden. Weiterhin dürfen auch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Anspruch genommen werden.

In vertraglichem Umfang sind erstattungsfähig die Heilbehandlungskosten für Verrichtungen des Behandelnden, soweit sie dieser nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ) bzw. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) in Rechnung stellen kann. Für die Teile der Aufwendungen, die durch Überschreiten der möglichen Höchstsätze der Gebührenordnung anfallen, besteht kein Leistungsanspruch. Behandlungskosten, die durch Inanspruchnahme von Heilpraktikern entstehen, werden nur bis zu den Höchstsätzen erstattet, bis zu denen für vergleichbare ärztliche Leistungen Honorare bemessen werden können.

Erstattungsfähig sind auch telemedizinische Beratungen und Behandlungen durch approbierte Ärzte, die für einen auf die ärztliche Fernbehandlung spezialisierten Anbieter tätig sind, wenn die Abrechnungen nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorgenommen werden. Voraussetzung ist, dass der Anbieter in dem entsprechenden Anbieterverzeichnis des Versicherers enthalten ist. Das jeweils aktuelle Anbieterverzeichnis wird auf Anfrage durch den Versicherer zur Verfügung gestellt.

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

Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost u. dgl.

Soweit der Tarif nichts anderes vorsieht, gelten als Heilmittel alle in den Bundesbeihilfevorschriften als beihilfefähig anerkannten Heilmittel. Als Heilmittel gelten nicht Sauna-, russisch-römische und ähnliche Bäder.

Soweit nicht die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zur Anwendung kommt, bemisst sich die tarifliche Leistung für Heilmittel nach den gemäß Bundesbeihilfevorschriften dafür als beihilfefähig anerkannten Höchstbeträgen (Anlage 9 zu § 23 Abs. 1 der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) - „Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel“). Für Aufwendungen, die über diese Beträge hinausgehen, besteht kein Leistungsanspruch.

Als Hilfsmittel gelten die als solche im Tarif aufgeführten Gegenstände.

Als Apotheke gilt auch eine Versand- oder Internetapotheke.

Digitale Gesundheitsanwendungen müssen von niedergelassenen approbierten Ärzten oder von approbierten Ärzten, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder bei einem in dem entsprechenden Anbieterverzeichnis*) des Versicherers enthaltenen, auf die ärztliche Fernbehandlung spezialisierten Anbieter tätig sind, oder von Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordnet werden.

Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die zwischen dem Anbieter der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. vereinbart wurde. Gibt es für eine digitale Gesundheitsanwendung keine solche Vereinbarung, sind die Kosten bis zu der Höhe erstattungsfähig, die nach § 134 SGB V mit der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart wurde. Besteht für eine digitale Gesundheitsanwendung eine gesonderte Vereinbarung über den Erstattungsbetrag zwischen dem Anbieter und dem Versicherer, werden immer die zwischen Anbieter und Versicherer vereinbarten Beträge erstattet. Für anderweitige digitale Gesundheitsanwendungen, deren Erstattung vorher durch den Versicherer zugesagt wurde, sind die in Rechnung gestellten Kosten erstattungsfähig.

*) Das jeweils aktuelle Anbieterverzeichnis wird auf Anfrage durch den Versicherer zur Verfügung gestellt.

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

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet. Ferner wird bei Krankheitskostenversicherungen in vertraglichem Umfang auch für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen eines Rheumaleidens in solchen Heilstätten geleistet, die sich auf die Behandlung von Rheumakranken spezialisiert haben.

Leistungen für die oben beschriebenen Krankenanstalten werden auch ohne vorherige Zusage des Versicherers in vertraglichem Umfang erbracht,

1. wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Akutbehandlung erfordern,

2. wenn eine Notfalleinweisung (bei Unfällen oder lebensbedrohlichen Zuständen) erfolgte,

3. wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) handelt, die innerhalb von zwei Wochen nach der stationären Akutbehandlung angetreten wurde und die aufgrund einer der folgenden Indikationen medizinisch notwendig war: Bypass-Operation am Herzen, akuter Herzinfarkt, Operation am offenen Herzen, Wirbelsäulen-Operation, Schlaganfall, Gelenkersatz mit Knie- oder Hüftgelenksprothesen, Nagelung von Oberschenkelhalsbrüchen oder bösartige Neubildung (AHB nach Operation, Chemotherapie bzw. Strahlentherapie), sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht,

4. wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten ist oder

5. wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat. Die Leistungen sind auf den Zeitraum der stationären Behandlung dieser akuten Erkrankung begrenzt.

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

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

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

## § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

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

Abweichend davon wird für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht sind, geleistet, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthalts keine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird eine Reisewarnung während des Auslandsaufenthalts ausgesprochen, besteht so lange Versicherungsschutz, bis die Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist.

Für anerkannte, nach Versicherungsbeginn eingetretene Wehrdienstbeschädigungen (§§ 80 ff. Soldatenversorgungsgesetz) und deren Folgen besteht Anspruch auf die tariflichen Leistungen für die Aufwendungen, die trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld bleiben

von der Vorleistung durch die gesetzliche Heilfürsorge unberührt;

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

c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Hebammen, Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder 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.

Abweichend davon werden die tariflichen Leistungen für ärztliche Behandlungen, Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel auch dann erbracht, wenn sie im Rahmen einer ärztlich verordneten und medizinisch notwendigen ambulanten Kur in Deutschland anfallen, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht. Eine Inanspruchnahme dieser Leistung ist nur alle 3 Jahre möglich. Unterbringungs-, Verpflegungs- und Fahrtkosten sowie Kurtaxe sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Aus Tarifen mit Leistungsanspruch für stationäre Krankenhausbehandlung kann bei stationärer Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlung ein Kostenzuschuss gezahlt werden, wenn der Versicherer diesen vor Kurantritt aufgrund eines ausführlichen ärztlichen Attestes zugesagt hat. Der Versicherer kann auch das Gutachten eines von ihm bestimmten Arztes verlangen. Soweit nicht im Tarif ergänzend ausdrücklich anderes bestimmt ist, können Leistungen erstmals für Behandlungen erbracht werden, die nach dreijähriger Versicherungsdauer stattfinden. Für Behandlungen dieser Art, die nach Ablauf von jeweils drei weiteren Jahren stattfinden, können erneut Leistungen zur Verfügung gestellt werden. Das gilt auch für Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlungen, die in Krankenhäusern bzw. Kliniken stattfinden;

e) für Krankenhaustagegeldleistungen bei teil-, vor- und nachstationärer Heilbehandlung;

f) 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;

g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;

h) bei Ergänzungstarifen für gesetzlich versicherte Personen für Zuzahlungen, sofern diese die gemäß § 62 SGB V für die versicherte Person geltende Belastungsgrenze überschreiten.

(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.

(5) Es besteht - unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen - Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union (z. B. Blocking Regulation, Verordnung (EG) Nr. 2271/96) oder der Bundesrepublik Deutschland (z. B. § 7 Außenwirtschaftsverordnung (AWV)) entgegenstehen.

## § 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. Die Leistungspflicht des Versicherers setzt voraus, dass ihm folgende Nachweise erbracht werden:

a) bei ambulanter Heilbehandlung: Originalrechnungen des Behandelnden, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheiten, die Angabe der einzelnen vom Behandelnden erbrachten Leistungen nach Datum, Anzahl und Art der Behandlung bzw. Ziffer der angewendeten Gebührenordnung enthalten müssen; bei Aufwendungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel quittierte Verordnungen zusammen mit der dazugehörigen Rechnung des Behandelnden. Besteht anderweitig Krankenversicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften;

b) bei stationärer Heilbehandlung im Krankenhaus ist eine ärztliche Einweisungsbescheinigung mit der Krankheitsbezeichnung vorzulegen; im Übrigen gilt Buchst. a entsprechend, und zwar auch bei stationärer Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlung (siehe § 5 Abs. 1 Buchst. d). Soll nur Krankenhaustagegeld geleistet werden, genügt es, wenn neben der Einweisungsbescheinigung Nachweise über die Aufenthaltsdauer und die im Krankenhaus gestellte Diagnose vorgelegt werden.

c) Ist eine Zusatzleistung im Todesfall zu zahlen, muss eine amtliche Sterbeurkunde vorgelegt werden.

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

(3) Der Versicherer kann verlangen, dass die ihm zur Erstattung eingereichten Rechnungen bezahlt sind. Leistungen aus unbezahlt eingereichten Rechnungen kann er unter Anzeige an den Versicherungsnehmer mit befreiender Wirkung an die Rechnungssteller auszahlen.

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

(5) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für

nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

(6) Von den Leistungen können die Kosten für Übersetzungen aus außereuropäischen Sprachen und die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers Überweisungen in das Ausland vornimmt oder besondere Überweisungsformen wählt.

(7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Ist ein Krankenhausausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

### § 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

## Pflichten des Versicherungsnehmers

### § 8 Beitragszahlung

(1) 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.

Für Beitragsvorauszahlungen werden folgende Nachlässe eingeräumt:

Vorauszahlung für 12 Monate 3 %,

Vorauszahlung für 6 Monate 2 %,

Vorauszahlung für 3 Monate 1 %.

Das erste Versicherungsjahr beginnt für den einzelnen Tarif, die einzelne Tarifklasse oder -stufe jeweils an dem Tag, der auf dem Versicherungsschein unter „Beginn“ angegeben ist; es endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

(2) Der Vertrag wird für zwei Versicherungsjahre geschlossen. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn es nicht vom Versicherungsnehmer zum Ablauf der Vertragszeit fristgemäß gekündigt wird.

(3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Monatsbeitrag bzw. die erste Beitragsrate jedoch erst am Tage des Versicherungsbeginns fällig, auch wenn der Versicherungsschein vorher zugegangen ist.

(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 beim Versicherer erfragt werden kann.

(6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer aufgrund des § 37 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er gem. § 39 Abs. 1 Satz 3 VVG (siehe Anhang) eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen. Diese beträgt zwei Monatsbeiträge.

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

(8) Aus dem Überschuss der Gesellschaft wird nach den gesetzlichen und aufsichtsbehördlichen Vorschriften eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, die nur zugunsten der Versicherten verwendet werden darf.

Als Form der Überschussbeteiligung kommt u. a. in Betracht: Auszahlung oder Gutschrift, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhung oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Abweichend hiervon darf die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gemäß §§ 151 Abs. 1, 140 Abs. 1 Nr. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (siehe Anhang) in Ausnahmefällen zur Abwendung eines drohenden Notstandes herangezogen werden. Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders die Art der Verwendung der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, den jeweils zu verwendenden Betrag und den Zeitpunkt der Verwendung.

### § 8a Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Sie erfolgt nach Altersgruppen. Ab dem Ende des Kalenderjahres, in dem das tarifliche Lebensalter der versicherten Person dem Endalter einer Altersgruppe entspricht, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten. Als tarifliches Lebensalter gilt die Differenz zwischen dem erreichten Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Altersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.

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

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

### § 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 10 v. H., so 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 sowie tariflich vorgesehene Leistungshöchstbeträge (auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres) und Tagegelder erhöht 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.

### § 9 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.

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

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

(4) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

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

(6) Für Personen, die Ergänzungstarife zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgeschlossen haben, ist die Möglichkeit zur Befreiung von Zuzahlungen beim Träger der GKV gemäß § 62 SGB V wegen Überschreitens der individuellen Belastungsgrenze wahrzunehmen. Der Versicherer ist über jede erteilte Befreiung unverzüglich in Textform zu informieren.

### § 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. 4 und 5 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 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 aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

### § 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

## Ende der Versicherung

### § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres (siehe § 8 Abs. 1), 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 oder eine andere Altersgruppe gilt, 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 aufgrund der Beitragsanpassungsklausel (§ 8b) oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18, 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.

(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.

(7) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat Europas einschließlich der außereuropäischen Teile Russlands und der Türkei, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten ab Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts zum Zeitpunkt der Verlegung kündigen.

### § 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

(2) Der Versicherer kann wegen Verletzung der Anzeigepflicht durch den Versicherungsnehmer nicht mehr gemäß §§ 19 bis 21 VVG (siehe Anhang) vom Vertrag zurücktreten, wenn seit Abschluss oder Änderung des Versicherungsvertrages mehr als drei Jahre verstrichen sind; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

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

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

(5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gelten § 13 Abs. 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) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

## 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 Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers 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, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

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 - Auszüge aus den Gesetzestexten

## Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag [Versicherungsvertragsgesetz - VVG]

### § 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

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

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

### § 19 Anzeigepflicht

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

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

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

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

(5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

## § 20 Vertreter des Versicherungsnehmers

Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen, sind bei der Anwendung des § 19 Abs. 1 bis 4 und des § 21 Abs. 2 Satz 2 sowie Abs. 3 Satz 2 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

## § 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

(1) Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Abs. 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(2) Im Fall eines Rücktrittes nach § 19 Abs. 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Die Rechte des Versicherers nach § 19 Abs. 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

## § 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

## § 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

## § 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

## § 39 Vorzeitige Vertragsbeendigung

(1) Im Fall der Beendigung des Versicherungsverhältnisses vor Ablauf der Versicherungsperiode steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur derjenige Teil der Prämie zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer die Prämie bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer nach § 37 Abs. 1 zurück, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

## § 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann

nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

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

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

## Auszug aus dem Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen [Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG]

### § 140 Rückstellung für Beitragsrückerstattung

(1) Die der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugewiesenen Beträge dürfen nur für die Überschussbeteiligung der Versicherten einschließlich der durch § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes vorgeschriebenen Beteiligung an den Bewertungsreserven verwendet werden. In Ausnahmefällen kann die Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten herangezogen werden, um

1. einen drohenden Notstand abzuwenden,

...

### § 151 Überschussbeteiligung der Versicherten

(1) § 139 Absatz 1 und 2 Satz 1 und 2 sowie § 140 Absatz 1 mit Ausnahme von § 140 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und 3 sind auf Krankenversicherungsverträge, die eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung der Versicherten vorsehen, entsprechend anzuwenden.

## Auszug aus dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft [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.

HanseMerkur

# Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung

**Musterbedingungen 2009 (MB/KT 2009)**
**Tarifbedingungen 2009 (TB/KT 2009)**

## Inhalt


### Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes ... 42
§ 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag ... 43
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes ... 44
§ 3 Wartezeiten ... 44
§ 4 Umfang der Leistungspflicht ... 44
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht ... 46
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen ... 47
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes ... 47

### Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung ... 47
§ 8a Beitragsberechnung ... 48
§ 8b Beitragsanpassung ... 48
§ 9 Obliegenheiten ... 49
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen ... 49
§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit ... 49
§ 11a Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte (Tarifbedingungen) ... 49
§ 12 Aufrechnung ... 49

### Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer ... 49
§ 14 Kündigung durch den Versicherer ... 50
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe ... 51

### Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen ... 52
§ 17 Gerichtsstand ... 52
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ... 52

### Anhang - Auszüge aus den Gesetzestexten


## 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.

zu § 1 (1) MB/KT 2009:

Ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als Unfall gelten auch

a) Wundinfektionen, bei denen der Ansteckungsstoff durch eine Unfallverletzung im Sinne des vorstehenden Absatzes in den Körper gelangt ist;

b) durch Kraftanstrengung der versicherten Person hervorgerufene Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißungen an Gliedmaßen und Wirbelsäule.

(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.

zu § 1 (1) und (2) MB/KT 2009:

Führen mehrere Versicherungsfälle mit mehreren sich anschließenden oder überschneidenden Arbeitsunfähigkeiten bei Arbeitnehmern zu einer Beendigung des Gehaltsfortzahlungsanspruchs, so wird die Karenzzeit in diesen Fällen für die durchgehende Arbeitsunfähigkeit zusammengerechnet und das versicherte Krankentagegeld ab dem Zeitpunkt des Fortfalls des Gehaltsanspruchs, frühestens aber nach der vereinbarten Karenzzeit gezahlt.

zu § 1 (2) MB/KT 2009:

Versicherungsfall ist auch der Verdienstausfall der versicherten Person, der während des Zeitraums entsteht, in dem die versicherte Person wegen der nach ärztlicher Bescheinigung erforderlichen Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten Kindes nicht beruflich tätig ist, sofern hierfür tarifliche Leistungen vereinbart sind. Für diesen Versicherungsfall gelten die Bestimmungen der § 1 und §§ 2 bis 18 sinngemäß, soweit im Tarif keine abweichenden Regelungen vereinbart sind.

(3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht. Können zuvor arbeitsunfähige Versicherte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich wieder besser in das Erwerbsleben eingegliedert werden, so besteht während der Wiedereingliederung ein Anspruch auf Krankentagegeld, sofern der Tarif oder die Tarifbedingungen dies vorsehen.

zu § 1 (3) MB/KT 2009:

Zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit während einer vorübergehenden Arbeitslosigkeit (siehe Buchst. b der Tarifbedingung zu § 15 Abs. 1 Buchst. a MB/KT 2009) wird der zuletzt vor Eintritt der vorübergehenden Arbeitslosigkeit ausgeübte Beruf herangezogen.

(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.

zu § 1 (5) MB/KT 2009:

a) Abweichend von § 1 Abs. 5 MB/KT 2009 ist der Versicherer zur Annahme des Antrags unverzüglich verpflichtet.

b) Der Versicherungsnehmer kann einen Risikozuschlag und eine Wartezeit dadurch abwenden, dass er die Vereinbarung eines entsprechenden Leistungsausschlusses verlangt, soweit letzterer versicherungstechnisch möglich ist.

c) Abweichend von § 1 Abs. 5 MB/KT 2009 besteht der Umwandlungsanspruch auch bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen.

(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.

zu § 1 (7) MB/KT 2009:

Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird bei Arbeitsunfähigkeit auch bei ambulanter Behandlung das tarifliche Krankentagegeld gezahlt, wenn die versicherte Person nachweislich wegen Transportunfähigkeit die Rückreise nicht antreten kann. Ohne besondere Vereinbarung wird auch bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland bei Arbeitsunfähigkeit für die Dauer notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung Krankentagegeld gezahlt.

(8) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

zu § 1 (8) MB/KT 2009:

Europäische Staaten, die nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind, werden diesen Staaten gleichgestellt. Dies gilt auch für die außereuropäischen Teile der Türkei und Russlands.

## § 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag

(1) Versicherungsfall ist auch der Verdienstausfall der weiblichen Versicherten, der während der Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes (siehe Anhang) 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 ver-

sicherten Person in diesem Zeitraum ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch oder nach dem Mutterschutzgesetz, auf Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz oder auf einen anderen anderweitigen angemessenen Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausfall zusteht, wird dieser auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet. Wenn die versicherte Person während der gesetzlichen Mutterschutzfristen oder am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld ist oder wird, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt.

(3) Das während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gezahlte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch und nach dem Mutterschutzgesetz, dem Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz und anderen Ersatzleistungen für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausfall das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist nach § 3 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes.

zu § 1a (3) MB/KT 2009:

Das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen bemisst sich sinngemäß nach den Tarifbedingungen b und c zu § 4 Abs. 2 MB/KT 2009 und b zu § 4 Abs. 2 bis 4 MB/KT 2009.

(4) Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes (siehe Anhang) 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 MB/KT 2009:

Zugunsten des Versicherungsnehmers werden für Versicherungsfälle, die vor Vertragsabschluss bzw. -änderung eingetreten sind, Leistungen zur Verfügung gestellt, wenn diese dem Versicherer entsprechend § 19 VVG (siehe Anhang) angezeigt worden sind und insoweit keine entgegenstehenden Besonderen Bedingungen vereinbart wurden.

## § 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

zu § 3 (1) MB/KT 2009:

Soweit sich bei Änderung des Versicherungsschutzes höhere Leistungen oder kürzere Karenzzeiten ergeben, gelten die Bestimmungen über die Wartezeiten sinngemäß. Dies gilt nicht, wenn zugunsten des Versicherungsnehmers für eine tariflich vorgesehene Anpassung des Versicherungsschutzes etwas anderes bestimmt ist.

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

zu § 3 (2) MB/KT 2009:

Die allgemeine Wartezeit entfällt zusätzlich bei folgenden akuten Infektionskrankheiten: Röteln, Masern, Windpocken, Scharlach, Diphterie, Keuchhusten, Ziegenpeter (Mumps), spinale Kinderlähmung, epidemische Genickstarre, Ruhr, Paratyphus, Typhus, Flecktyphus, Cholera, Pocken, Wechselfieber und Rückfallfieber.

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

zu § 3 (3) MB/KT 2009:

Es sind keine besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie zu erfüllen.

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

zu § 3 (4) MB/KT 2009:

In allen Tarifen können die Wartezeiten erlassen werden, wenn die Versicherung in Verbindung mit einer ärztlichen Untersuchung beantragt 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.

## § 4 Umfang der Leistungspflicht

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

zu § 4 (1) MB/KT 2009:

Die Zahlung des vereinbarten Krankentagegeldes setzt mit Ablauf der tariflichen Karenzzeit ein. Tritt jedoch innerhalb von 6 Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit eine erneute Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit oder Unfallfolge ein, so werden die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen dieser Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.

(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.

zu § 4 (2) MB/KT 2009:

a) Als Bemessungsgrundlage bei Versicherungsbeginn gilt für Arbeitnehmer und Selbstständige das Nettoeinkommen gemäß Buchst. a der Tarifbedingung zu § 4 Abs. 2 bis 4 MB/KT 2009 im letzten Kalenderjahr vor der Antragstellung, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

Bei Aufnahme oder Änderung einer beruflichen Tätigkeit während der letzten 12 Monate vor Versicherungsbeginn wird als Bemessungsgrundlage bei Versicherungsbeginn das in den ersten 12 Monaten nach beantragtem Versicherungsbeginn zu erwartende Nettoeinkommen gemäß Buchst. a der Tarifbedingung zu § 4 Abs. 2 bis 4 MB/KT 2009 herangezogen, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

b) Für Arbeitnehmer gilt als Bemessungsgrundlage bei einer Arbeitsunfähigkeit das Nettoeinkommen gemäß Buchst. a der Tarifbedingung zu § 4 Abs. 2 bis 4 MB/KT 2009 in den letzten 12 Monaten vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

Für selbstständig Tätige gilt als Bemessungsgrundlage bei einer Arbeitsunfähigkeit das Nettoeinkommen gemäß Buchst. a der Tarifbedingung zu § 4 Abs. 2 bis 4 MB/KT 2009 im letzten abgelaufenen Kalenderjahr vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

c) Während der Zeit einer vorübergehenden Arbeitslosigkeit gemäß Buchst. b der Tarifbedingung zu § 15 Abs. 1 Buchst. a MB/KT 2009 wird als Bemessungsgrundlage das Nettoeinkommen gemäß Buchst. a der Tarifbedingung zu § 4 Abs. 2 bis 4 MB/KT 2009 in den letzten 12 Monaten (Arbeitnehmer) bzw. im abgelaufenen Kalenderjahr (selbstständig Tätige) vor Eintritt der vorübergehenden Arbeitslosigkeit herangezogen, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

Bei Aufnahme oder Änderung einer beruflichen Tätigkeit während der letzten 12 Monate vor Eintritt der vorübergehenden Arbeitslosigkeit wird stattdessen als Bemessungsgrundlage das Nettoeinkommen gemäß Buchst. a der Tarifbedingung zu § 4 Abs. 2 bis 4 MB/KT 2009 in den letzten 3 Monaten vor Eintritt der vorübergehenden Arbeitslosigkeit herangezogen, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

d) Neben sonstigen Krankentage- und Krankengeldern werden auch die vom Arbeitgeber gewährte Lohnfortzahlung und sonstige von ihm aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit erbrachte Leistungen auf die Versicherungsleistung, und zwar auch rückwirkend, angerechnet. Der Bezug von Arbeitslosengeld nach dem Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III) während einer Arbeitsunfähigkeit wird ebenfalls auf die Versicherungsleistung angerechnet.

e) Das Krankentagegeld wird fällig, wenn der Versicherungsnehmer seinen tatsächlichen Verdienstausfall dem Versicherer in hierzu geeigneter Form (z. B. Gehaltsabrechnung oder Einkommensteuerbescheid) nachweist. Der Versicherer kann bis zur Vorlage dieser Nachweise unter dem Vorbehalt der Rückforderung von Überzahlungen Abschlagszahlungen auf das Krankentagegeld leisten.

(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 Vertrage 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.

zu § 4 (2) bis (4) MB/KT 2009:

a) Als Nettoeinkommen der versicherten Person werden 80 % der nach den Vorschriften des Einkommensteuergesetzes für den jeweils maßgebenden Zeitraum ermittelten Summe der Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit in Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb, selbstständiger und nichtselbstständiger Arbeit angesetzt.

Unter dem durchschnittlichen Nettoeinkommen ist das auf den Kalendertag umgerechnete Nettoeinkommen im jeweils für den Arbeitnehmer bzw. den selbstständig Tätigen maßgebenden Zeitraum zu verstehen.

Als das dem Vertrage zugrunde gelegte Nettoeinkommen wird der Betrag des auf den Kalendertag umgerechneten Nettoeinkommens, der gemäß § 4 Abs. 2 Satz 1 zur Festlegung des vertraglich vereinbarten Krankentagegeldes herangezogen wurde, angesetzt.

b) Abweichend von Buchst. b der Tarifbedingung zu § 4 (2) MB/KT 2009 wird bei Aufnahme oder Änderung einer beruflichen Tätigkeit während der letzten 12 Monate vor Beginn einer Arbeitsunfähigkeit als Bemessungsgrundlage das Nettoeinkommen gemäß Buchst. a dieser Tarifbedingung der letzten 3 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit herangezogen, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

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

zu § 4 (9) MB/KT 2009:

Die tariflichen Leistungen werden auch dann gewährt, wenn sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt veranlasste weitere Behandlung in einer Krankenanstalt gemäß § 4 Abs. 9 MB/KT 2009 Satz 1 anschließt. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern. Der vorherigen Leistungszusage des Versicherers bedarf es nicht.

Besteht gleichzeitig ein Anspruch gegenüber einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, so ist der Versicherer - unbeschadet der Ansprüche auf Krankenhaustagegeld - nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der Leistungen des anderen Kostenträgers notwendig bleiben.

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

## § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

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

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.

zu § 5 (1) a MB/KT 2009:

Abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. a MB/KT 2009 wird bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheiten und ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht sind, geleistet, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthalts keine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird eine Reisewarnung während des Auslandsaufenthalts ausgesprochen, besteht so lange Versicherungsschutz, bis die Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist.

zu § 5 (1) c MB/KT 2009:

Zugunsten des Versicherungsnehmers besteht abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. c MB/KT 2009 Anspruch auf das tarifliche Krankentagegeld.

zu § 5 (1) d und e MB/KT 2009:

Zugunsten des Versicherungsnehmers besteht abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. d MB/KT 2009 Anspruch auf das tarifliche Krankentagegeld. Während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen wird für die Zeit der stationären Unterbringung in einem Krankenhaus oder einem Entbindungsheim - ohne Rücksicht auf die tariflichen Karenzzeiten - das Krankentagegeld gezahlt.

zu § 5 (1) e MB/KT 2009:

Im Falle einer vorübergehenden Arbeitslosigkeit nach Buchst. b der Tarifbedingung zu § 15 Abs. 1 Buchst. a MB/KT 2009 gilt die Einschränkung der Leistungspflicht während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote sinngemäß.

(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) g und (2) MB/KT 2009:

Für Arbeitsunfähigkeit bei Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger nach einer seit mindestens 6 Wochen bestehenden Arbeitsunfähigkeit kann Krankentagegeld gezahlt werden, wenn der Versicherer dieses aufgrund eines ausführlichen Attestes vorher zugesagt hat. Der Versicherer kann auch das Gutachten eines von ihm bestimmten Arztes verlangen.

zu § 5 MB/KT 2009:

Es besteht - unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen - Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union (z B. Blocking Regulation, Verordnung (EG) Nr. 2271/96) oder der Bun-

desrepublik Deutschland (z. B. § 7 Außenwirtschaftsverordnung (AWV)) entgegenstehen.

## § 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.

zu § 6 (1) MB/KT 2009:

a) Der Versicherungsnehmer soll die Nachweise auf den vom Versicherer zur Verfügung gestellten Vordrucken erbringen, die vom Versicherten und dem Behandelnden vollständig auszufüllen sind.

b) Das Krankentagegeld wird nachträglich, gegebenenfalls in Teilbeträgen nach Maßgabe der eingereichten Nachweise gezahlt (vgl. dazu § 9 Abs. 1 MB/KT 2009).

(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.

zu § 6 (4) MB/KT 2009:

Von den Leistungen können nur die Kosten für Übersetzungen aus außereuropäischen Sprachen und die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers Überweisungen in das Ausland vornimmt oder besondere Überweisungsformen wählt.

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

## § 7 Ende des Versicherungsschutzes

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 Buchst. 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.

zu § 8 (1) MB/KT 2009:

Das erste Versicherungsjahr beginnt für den einzelnen Tarif bzw. für nachträgliche Vertragsänderungen jeweils an dem Tag, der auf dem Versicherungsschein unter „Beginn“ angegeben ist; es endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

(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.

zu § 8 (1) und (2) MB/KT 2009:

a) Der Vertrag wird für zwei Versicherungsjahre geschlossen. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn es nicht vom Versicherungsnehmer zum Ablauf der Vertragszeit fristgemäß gekündigt wird.

b) Für Beitragsvorauszahlungen werden folgende Nachlässe gewährt:

Vorauszahlung für 12 Monate 3 %,

Vorauszahlung für 6 Monate 2 %,

Vorauszahlung für 3 Monate 1 %.

(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.

zu § 8 (3) MB/KT 2009:

Abweichend von § 8 Abs. 3 MB/KT 2009 ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Monatsbeitrag bzw. die erste Beitragsrate jedoch erst am Tage des Versicherungsbeginns fällig, auch wenn der Versicherungsschein vorher zugegangen ist.

(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.

zu § 8 (2) bis (4) MB/KT 2009:

Beiträge, die der Versicherer aufgrund einer ihm vom Versicherungsnehmer erteilten Abbuchungsermächtigung einzuziehen hat, gelten als rechtzeitig entrichtet, es sei denn, dass eine Abbuchung aus Gründen unterbleibt oder verzögert wird, die der Versicherungsnehmer zu vertreten hat.

(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 den Tarifbedingungen ergibt.

zu § 8 (5) MB/KT 2009:

Abweichend von § 8 Abs. 5 MB/KT 2009 kann die Höhe der Mahnkosten beim Versicherer erfragt werden.

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

zu § 8 (6) MB/KT 2009:

Im Falle des Rücktritts gemäß § 37 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) (nicht rechtzeitige Zahlung des ersten Beitrags bzw. der ersten Beitragsrate) beträgt die Geschäftsgebühr gemäß § 39 Abs. 1 Satz 3 VVG (siehe Anhang) zwei Monatsbeiträge.

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

zu § 8 MB/KT 2009:

Aus dem Überschuss der Gesellschaft wird nach den gesetzlichen und aufsichtsbehördlichen Vorschriften eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, die nur zugunsten der Versicherten verwendet werden darf.

Als Form der Überschussbeteiligung kommt u. a. in Betracht: Auszahlung oder Gutschrift, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhung oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Abweichend hiervon darf die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gemäß §§ 151 Abs. 1, 140 Abs. 1 Nr. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (siehe Anhang) in Ausnahmefällen zur Abwendung eines drohenden Notstandes herangezogen werden.

Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders die Art der Verwendung der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, den jeweils zu verwendenden Betrag und den Zeitpunkt der Verwendung. Erfolgt eine Auszahlung oder eine Gutschrift, so gelten im Übrigen folgende Voraussetzungen:

a) Am Ende des Kalenderjahres muss die betreffende Versicherung mindestens 12 Monate bestanden haben.

b) Bis zum 30. Juni des Folgejahres muss die Versicherung in Kraft gewesen sein, es sei denn, sie endete vorher durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht.

c) Für Arbeitsunfähigkeit der betreffenden versicherten Person während des abgelaufenen Kalenderjahres dürfen keine Versicherungsleistungen bezogen worden sein.

d) Die Beiträge für das vergangene Kalenderjahr müssen fristgerecht ohne Mahnung nach § 38 VVG (siehe Anhang) entrichtet worden sein.

e) Die Versicherungen der anspruchsberechtigten Personen dürfen in dem abgelaufenen Kalenderjahr weder als Anwartschaftsversicherung geführt worden sein noch beitragsfrei geruht haben.

Für die Bemessung der Beitragsrückerstattung bleiben Beiträge für Anwartschaftsversicherungen unberücksichtigt.

## § 8a Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

zu § 8a (1) MB/KT 2009:

Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr. Für Kinder ist ab Ende des Kalenderjahres, in dem sie das 14. Lebensjahr vollenden, der Beitrag entsprechend einem Eintrittsalter von 15-19 Jahren und für Jugendliche ab Ende des Kalenderjahres, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, der Beitrag entsprechend einem Eintrittsalter von 20 Jahren zu entrichten.

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

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

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

## § 8b Beitragsanpassung

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

zu § 8b (1) MB/KT 2009:

Als Beobachtungseinheiten gelten: Männer, Frauen und Erwachsene (im Falle, dass die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden). Der tariflich festgelegte Vomhundertsatz beträgt 5.

(2) (entfallen)

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

## § 9 Obliegenheiten

(1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

zu § 9 (1) MB/KT 2009:

Der Eintritt von Arbeitsunfähigkeit ist spätestens innerhalb der ersten Woche nach Ablauf der tariflichen Karenzzeit anzuzeigen. Bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit kann der Versicherer wöchentliche Nachweise verlangen. Diese sollen auf den Vordrucken des Versicherers erbracht werden.

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

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

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

zu § 9 (4) MB/KT 2009:

Zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit hat die versicherte Person sich einer fortlaufenden Heilbehandlung zu unterziehen.

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

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

## § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

(2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

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

## § 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchst. 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 zurück zu gewähren.

zu § 11 MB/KT 2009:

Nach allen Tarifen können Personen versichert werden, die ihren Beruf als Selbstständige ausüben und einkommensteuerpflichtig sind; nach Tarifen mit einer Karenzzeit von 42 und mehr Tagen außerdem solche Personen, die als Arbeitnehmer in einem festen Arbeitsverhältnis stehen und lohnsteuerpflichtig sind.

## § 11a Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte (Tarifbedingungen)

(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 von Verdienstausfall 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.

## § 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

# Ende der Versicherung

## § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

zu § 13 (1) MB/KT 2009:

a) Zur Definition des Versicherungsjahres vgl. die Tarifbedingung zu § 8 Abs. 1 MB/KT 2009.

b) Eine Kündigung ist erstmals zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres möglich.

(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 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.

zu § 13 (3) MB/KT 2009:

Bei gesetzlicher Krankenversicherungspflicht kann der dadurch entbehrlich gewordene Teil des Versicherungsverhältnisses auch zu entsprechend herabgesetzten Beiträgen nach Maßgabe der Bestimmungen über die Anwartschaftsversicherung (Tarif AwV) vorübergehend zum Ruhen gebracht werden.

(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.

zu § 13 (4) MB/KT 2009:

Das Sonderkündigungsrecht gemäß § 13 Abs. 4 MB/KT 2009 gilt auch dann, wenn eine Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gemäß § 18 Abs. 2 (höchstrichterliche Entscheidung oder bestandskräftiger Verwaltungsakt) zu einer Minderung der Leistungen führt.

(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 MB/KT 2009:

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat Europas einschließlich der außereuropäischen Teile Russlands und der Türkei, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten ab Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts zum Zeitpunkt der Verlegung kündigen.

## § 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.

zu § 14 (1) MB/KT 2009:

a) Der Versicherer beschränkt sein ordentliches Kündigungsrecht auf den Ablauftermin des zweiten und dritten Versicherungsjahres.

b) Für Krankentagegeldversicherungen mit einer Karenzzeit von 42 Tagen und länger verzichtet der Versicherer auch auf das Kündigungsrecht gemäß Buchst. a dieser Bestimmung, sofern die Krankentagegeldversicherung neben einer Krankheitskostenvollversicherung für ambulante und stationäre Heilbehandlung besteht.

c) Der Versicherer verzichtet ferner auf das Kündigungsrecht gemäß Buchst. a dieser Bestimmung für Krankentagegeldversicherungen mit einer Karenzzeit von weniger als 42 Tagen, wenn die versicherte Person aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge ausscheidet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zusammen mit einer Krankheitskostenversicherung für ambulante und stationäre Heilbehandlung beantragt wurde und dieser Versicherungsschutz im unmittelbaren Anschluss beginnt. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

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

zu § 14 (2) MB/KT 2009:

Der Versicherer kann wegen Verletzung der Anzeigepflicht durch den Versicherungsnehmer nicht mehr gemäß §§ 19 bis 21 VVG (siehe Anhang) vom Vertrag zurücktreten, wenn seit Abschluss oder Änderung des Versicherungsvertrages mehr als drei Jahre verstrichen sind; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränkt werden.

zu § 14 (3) MB/KT 2009:

Für tariflich vorgesehene Anpassungen des Versicherungsschutzes, die nach Ablauf des 3. Versicherungsjahres beginnen, verzichtet der Versicherer auf sein ordentliches Kündigungsrecht.

(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 (4) MB/KT 2009:

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht gemäß § 14 Abs. 4 MB/KT 2009.

## § 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.

zu § 15 (1) a MB/KT 2009:

a) Abweichend von den tariflich geregelten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit setzt sich die Krankentagegeldversicherung auch im Fall und für die Dauer von vorübergehender Arbeitslosigkeit (siehe Buchst. b dieser Tarifbedingung) fort.

b) Vorübergehende Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach Beendigung eines Arbeitsverhältnisses oder nach Aufgabe einer selbstständigen Tätigkeit zwar arbeitslos ist,

- sich aber sogleich und ernsthaft um die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit bemüht und
- sich diese Bemühungen aufgrund objektiver Umstände nicht als aussichtslos darstellen.

Ernsthaftes Bemühen setzt voraus, dass die versicherte Person die Arbeitsvermittlung nicht nur dem Arbeitsamt oder anderen Arbeitsvermittlungsstellen überlässt, sondern sich auch selbst regelmäßig und ernsthaft auf dem freien Arbeitsmarkt bewirbt. Auf Verlangen des Versicherers sind diesbezügliche Nachweise einzureichen.

c) Kommt die versicherte Person der unter Buchst. b Satz 3 festgelegten Nachweispflicht nicht nach oder unternimmt sie keine ernsthaften Bemühungen um die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit oder stellen sich die Bemühungen aufgrund objektiver Umstände als aussichtslos dar, endet das Versicherungsverhältnis und kann für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit als Anwartschaftsversicherung fortgeführt werden. Der entsprechende Antrag ist innerhalb von zwei Monaten nach der Mitteilung des Versicherers über die Beendigung des Versicherungsverhältnisses zu stellen.

zu § 15 (1) b MB/KT 2009:

Der Bezug einer Berufsunfähigkeits- / Erwerbsminderungsrente steht der Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen (§§ 11 und 15 Abs. 1 Buchst. b MB/KT 2009) gleich.

zu § 15 (1) c MB/KT 2009:

Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen spätestens zum Ende des Monats, in dem die Regelaltersgrenze (§§ 35 und 235 SGB VI - siehe Anhang) erreicht wird. Das Versicherungsverhältnis kann unter Voraussetzung weiterer Versicherungsfähigkeit auf Antrag des Versicherungsnehmers über die Regelaltersgrenze hinaus zu den bisherigen Bedingungen weitergeführt werden. Der Versicherer wird den Versicherungsnehmer auf dieses Recht frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung hinweisen.

zu § 15 (1) e MB/KT 2009:

Europäische Staaten, die nicht in § 1 Abs. 8 MB/KT 2009 genannt sind, werden den dort genannten Staaten gleichgestellt. Dies gilt auch für die außereuropäischen Teile der Türkei und Russlands.

zu § 15 (1) MB/KT 2009:

Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in demselben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung in Fällen der Risikoerhöhung oder -erweiterung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

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

zu § 15 (2) MB/KT 2009:

a) Wird das Versicherungsverhältnis wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit beendet, kann der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit als Anwartschaftsversicherung fortsetzen.

b) Der Antrag auf Anwartschaftsversicherung ist innerhalb von zwei Monaten seit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit oder seit Eintritt der Berufsunfähigkeit, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.

## 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 Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers anhängig gemacht werden.

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

### § 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

### 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.

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 – Auszüge aus den Gesetzestexten

### Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag [Versicherungsvertragsgesetz - VVG]

### § 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

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

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

## § 19 Anzeigepflicht

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

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

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

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

(5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

## § 20 Vertreter des Versicherungsnehmers

Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen, sind bei der Anwendung des § 19 Abs. 1 bis 4 und des § 21 Abs. 2 Satz 2 sowie Abs. 3 Satz 2 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

## § 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

(1) Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Abs. 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(2) Im Fall eines Rücktrittes nach § 19 Abs. 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Die Rechte des Versicherers nach § 19 Abs. 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

## § 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

## § 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

## § 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

## § 39 Vorzeitige Vertragsbeendigung

(1) Im Fall der Beendigung des Versicherungsverhältnisses vor Ablauf der Versicherungsperiode steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur derjenige Teil der Prämie zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer die Prämie bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer nach § 37 Abs. 1 zurück, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

## § 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.

## § 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

(1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.

(2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

---

# Auszug aus dem Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen [Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG]

---

## § 140 Rückstellung für Beitragsrückerstattung

(1) Die der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugewiesenen Beträge dürfen nur für die Überschussbeteiligung der Versicherten einschließlich der durch § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes vorgeschriebenen Beteiligung an den Bewertungsreserven verwendet werden. In Ausnahmefällen kann die Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten herangezogen werden, um

1. einen drohenden Notstand abzuwenden,

...

## § 151 Überschussbeteiligung der Versicherten

(1) § 139 Absatz 1 und 2 Satz 1 und 2 sowie § 140 Absatz 1 mit Ausnahme von § 140 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und 3 sind auf Krankenversicherungsverträge, die eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung der Versicherten vorsehen, entsprechend anzuwenden.

## Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) Gesetzliche Rentenversicherung [SGB VI]

### § 35 Regelaltersrente

Versicherte haben Anspruch auf Regelaltersrente, wenn sie

1. die Regelaltersgrenze erreicht und

2. die allgemeine Wartezeit erfüllt

haben. Die Regelaltersgrenze wird mit Vollendung des 67. Lebensjahres erreicht.

### § 235 Regelaltersrente

(1) Versicherte, die vor dem 1. Januar 1964 geboren sind, haben Anspruch auf Regelaltersrente, wenn sie

1. die Regelaltersgrenze erreicht und

2. die allgemeine Wartezeit erfüllt

haben. Die Regelaltersgrenze wird frühestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres erreicht.

Versicherte, die vor dem 1. Januar 1947 geboren sind, erreichen die Regelaltersgrenze mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1946 geboren sind, wird die Regelaltersgrenze wie folgt angehoben:

| Versicherte Geburtsjahr | Anhebung um Monate | auf Alter | |
|---|---|---|---|
| | | Jahr | Monat |
| 1947 | 1 | 65 | 1 |
| 1948 | 2 | 65 | 2 |
| 1949 | 3 | 65 | 3 |
| 1950 | 4 | 65 | 4 |
| 1951 | 5 | 65 | 5 |
| 1952 | 6 | 65 | 6 |
| 1953 | 7 | 65 | 7 |
| 1954 | 8 | 65 | 8 |
| 1955 | 9 | 65 | 9 |
| 1956 | 10 | 65 | 10 |
| 1957 | 11 | 65 | 11 |
| 1958 | 12 | 66 | 0 |
| 1959 | 14 | 66 | 2 |
| 1960 | 16 | 66 | 4 |
| 1961 | 18 | 66 | 6 |
| 1962 | 20 | 66 | 8 |
| 1963 | 22 | 66 | 10 |

Für Versicherte, die

1. vor dem 1. Januar 1955 geboren sind und vor dem 1. Januar 2007 Altersteilzeitarbeit im Sinne der §§ 2 und 3 Abs. 1 Nr. 1 des Altersteilzeitgesetzes vereinbart haben oder

2. Anpassungsgeld für entlassene Arbeitnehmer des Bergbaus bezogen haben,

wird die Regelaltersgrenze nicht angehoben.

## Auszug aus dem Gesetz zum Schutz von Müttern bei der Arbeit, in der Ausbildung und im Studium [Mutterschutzgesetz – MuSchG]

### § 3 Schutzfristen vor und nach der Entbindung

(1) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau in den letzten sechs Wochen vor der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist vor der Entbindung), soweit sie sich nicht zur Arbeitsleistung ausdrücklich bereit erklärt. Sie kann die Erklärung nach Satz 1 jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Für die Berechnung der Schutzfrist vor der Entbindung ist der voraussichtliche Tag der Entbindung maßgeblich, wie er sich aus dem ärztlichen Zeugnis oder dem Zeugnis einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers ergibt. Entbindet eine Frau nicht am voraussichtlichen Tag, verkürzt oder verlängert sich die Schutzfrist vor der Entbindung entsprechend.

(2) Der Arbeitgeber darf eine Frau bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist nach der Entbindung). Die Schutzfrist nach der Entbindung verlängert sich auf zwölf Wochen

1. bei Frühgeburten,

2. bei Mehrlingsgeburten und,

3. wenn vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch ärztlich festgestellt wird.

Bei vorzeitiger Entbindung verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nach Satz 1 oder nach Satz 2 um den Zeitraum der Verkürzung der Schutzfrist vor der Entbindung nach Absatz 1 Satz 4. Nach Satz 2 Nummer 3 verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nur, wenn die Frau dies beantragt. Satz 2 gilt nicht bei einer Totgeburt.

## Auszug aus dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft [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.

HanseMerkur

# Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die private Pflegepflichtversicherung

**Bedingungsteil (MB/PPV 2026)**
**Stand 1. April 2026**

## Inhalt


### Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes ... 57
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes ... 59
§ 3 Wartezeit ... 59
§ 4 Umfang der Leistungspflicht ... 60
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht ... 64
§ 5a Leistungsausschluss ... 65
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung ... 65
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes ... 66

### Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung ... 66
§ 8a Beitragsberechnung ... 67
§ 8b Beitragsanpassung ... 67
§ 9 Obliegenheiten ... 68
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen ... 68
§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte ... 68
§ 12 Aufrechnung ... 68

### Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer ... 68
§ 14 Kündigung durch den Versicherer ... 69
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe ... 69

### Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen ... 69
§ 17 Gerichtsstand ... 69
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ... 69
§ 19 Beitragsrückerstattung ... 70

### Anhang – Auszüge aus den Gesetzestexten


## Der Versicherungsschutz

### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Absatz 6 festgelegten Schwere bestehen.

Ein Versicherungsfall für Leistungen nach § 4 Abs. 14 i. V. m. § 3 Abs. 6 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) liegt auch dann vor, wenn eine Erkrankung der versicherten Person im Sinne des § 3 Abs. 6 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) besteht.

(3) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten



HanseMerkur Krankenversicherung AG Siegfried-Wedells-Platz 1 20354 Hamburg Tel.: 040 4119-4119, Fax: -3257 www.hansemerkur.de

sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

1. **Mobilität:** Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;

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

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

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

5. **Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:**

   a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,

   b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,

   c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

   d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

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

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

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

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

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,

2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,

3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,

4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten und

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

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in der Anlage 2 zu § 15 SGB XI (siehe Anhang) festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,

2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,

3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,

4. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,

5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(6) Zur Ermittlung des Pflegegrads sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in der Anlage 1 zu § 15 SGB XI (siehe Anhang) festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Ge-

samtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,

2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,

3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,

4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,

5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

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

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

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

(10) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 6, 7 und 9 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,

2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,

3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,

4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

(11) Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder durch 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 2026, 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 Tag der Geburt für einen Elternteil die Wartezeit gemäß § 3 erfüllt ist. Die Anmeldung zur Versicherung soll spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgen.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist, sofern nicht Beitragsfreiheit gemäß § 8 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 Hilfen 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 Abs. 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 pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere

1. bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von Gefährdungen,

2. bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie

3. durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.

Die häusliche Pflegehilfe muss durch geeignete Pflegekräfte erbracht werden, die entweder von einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind oder die als Einzelpflegekräfte die Voraussetzungen des § 71 Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) erfüllen und deshalb von einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung nach § 77 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) oder einem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflegepflichtversicherung betreibt, anerkannt worden sind. Verwandte oder Verschwägerte der versicherten Person bis zum dritten Grad sowie Personen, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, werden nicht als Einzelpflegekräfte anerkannt. Ein ambulanter Betreuungsdienst im Sinne des § 71 Abs. 1a SGB XI (siehe Anhang) kann nur pflegerische Betreuungsleistungen und Hilfen bei der Haushaltsführung erbringen.

Mehrere versicherte Personen können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen.

(2) Anstelle von Aufwendungsersatz für häusliche Pflegehilfe gemäß Absatz 1 können versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 ein Pflegegeld gemäß Nr. 2.1. des Tarifs PV beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Ersatzpflege nach Absatz 6 und während einer Kurzzeitpflege nach Absatz 10 jeweils für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

(3) Bestehen die Voraussetzungen für die Zahlung des 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 denen die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 43a SGB XI - siehe Anhang), haben Anspruch auf Pflegegeld gemäß Nr. 2.1. des Tarifs PV anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden. Dies gilt auch für versicherte Personen in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 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 der Pflegegrade 2 bis 5, die Pflegegeld nach Absatz 2 beziehen, sind verpflichtet, halbjährlich einmal 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 Pflegefachperson abzurufen; versicherte Personen der Pflegegrade 4 und 5 können vierteljährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Die Beratung kann auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz, Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegefachliche Kompetenz aufweisen, sowie durch Pflegeberater der privaten 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 jede zweite Beratung per Videokonferenz. Bei der Durchführung der Videokonferenz sind die nach § 365 Abs. 1 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten. Die erstmalige Beratung nach den Sätzen 1 und 5 hat in der eigenen Häuslichkeit zu erfolgen.

(5) Nimmt die versicherte Person Aufwendungsersatz nach Absatz 1 nur teilweise in Anspruch, erhält sie unter den in Absatz 2 genannten Voraussetzungen daneben ein anteiliges Pflegegeld. Das Pflegegeld wird um den Prozentsatz vermindert, in dem die versicherte Person Aufwendungsersatz in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis sie Pflegegeld und Aufwendungsersatz in Anspruch nehmen will, ist die versicherte Person für die Dauer von sechs Monaten gebunden. Eine Minderung erfolgt insoweit nicht, als die versicherte Person Leistungen nach Nr. 7.2. des Tarifs PV erhalten hat.

(6) Ist eine Pflegeperson, die eine versicherte Person mit mindestens Pflegegrad 2 in ihrer häuslichen Umgebung pflegt, wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, werden Aufwendungen einer notwendigen Ersatzpflege für längstens acht Wochen je Kalenderjahr gemäß Nr. 3. des Tarifs PV erstattet. Die Erstattung der Ersatzpflegekosten setzt voraus, dass ein Antrag auf Erstattung unter Nachweis der Kosten bis zum Ablauf des Kalenderjahres gestellt wird, das auf die jeweilige Durchführung der Ersatzpflege folgt.

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

Der Anspruch umfasst auch den Ersatz von Aufwendungen für die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.

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

Pflegefachpersonen können im Rahmen ihrer Leistungserbringung für häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 oder im Rahmen eines Beratungseinsatzes nach Absatz 4 konkrete Empfehlungen zur Pflegehilfsmittelversorgung nach Satz 1 abgeben, die Notwendigkeit und die Erforderlichkeit der Versorgung werden hierbei vermutet. Die Empfehlung darf bei der Antragstellung nicht älter als zwei Wochen sein.

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

Der Versicherer entscheidet über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beteiligt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang. Kann der Versicherer diese Fristen nicht einhalten, teilt er dies unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

(7a) Versicherte pflegebedürftige Personen haben einen Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag gemäß Nr. 13. des Tarifs PV, wenn

1. sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere pflegebedürftig sind,

2. sie Leistungen nach den Absätzen 1, 2, 5, 16 oder 17 beziehen, sofern es sich um Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 handelt,

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 Pflegefachperson gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) oder tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich besonderer Komfortleistungen, für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen sowie für betriebsnotwendige Investitions- und sonstige Kosten gemäß § 82 Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang) sind nicht erstattungsfähig.

(9) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 können Leistungen nach Absatz 8 zusätzlich zu den Leistungen nach den Absätzen 1, 2 und 5 in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

## C. Kurzzeitpflege

(10) Kann häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 gemäß Nr. 6. des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige Leistungen in einer vollstationären Einrichtung. Absatz 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, haben in begründeten Einzelfällen Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.

Die Leistungen werden

a) für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der versicherten Person oder

b) in sonstigen Krisensituationen oder anderen Situationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist,

erbracht.

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

## D. Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen

(11) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben gemäß Nr. 7.1. und 7.2. des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie sonstige Leistungen in vollstationären Einrichtungen. Absatz 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. Erstattungsfähig ist gemäß Nr. 7.3. des Tarifs PV auch ein von der vollstationären Pflegeeinrichtung berechnetes zusätzliches Entgelt, wenn die versicherte Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt.

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

Versicherte Personen mit Pflegegrad 1 haben Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen gemäß Nr. 7.5. des Tarifs PV.

(12) Versicherte Personen in stationärer Pflege haben Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht, gemäß Nr. 7.4. des Tarifs PV.

Versicherte Personen in vollstationären Pflegeeinrichtungen haben zudem Anspruch auf Ersatz von zusätzlichen Aufwendungen zur Pflegevergütung (Vergütungszuschlag) für die Unterstützung der Leistungserbringung durch zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal.

(12a) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben ab dem 1. Januar 2022 einen Anspruch auf einen Leistungszuschlag zur Begrenzung des zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen bei vollstationärer Pflege gemäß Nr. 7.6. des Tarifs PV.

## E. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

(13) Für Pflegepersonen, die regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind und eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 ehrenamtlich wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in ihrer häuslichen Umgebung pflegen, zahlt der Versicherer Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder auf Antrag an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung sowie an die Bundesagentur für Arbeit gemäß Nr. 8. des Tarifs PV. Die Feststellungen nach § 6 Abs. 2 umfassen dazu auch Ermittlungen, ob die Pflegeperson eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Wird die Pflege eines Pflegebedürftigen von mehreren Pflegepersonen erbracht (Mehrfachpflege), wird zudem der Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit je Pflegeperson im Verhältnis zum Umfang der von den Pflegepersonen zu leistenden Pflegetätigkeit insgesamt (Gesamtpflegeaufwand) ermittelt. Dabei werden die Angaben der beteiligten Pflegepersonen zugrunde gelegt. Werden keine oder keine übereinstimmenden Angaben gemacht, erfolgt eine Aufteilung zu gleichen Teilen. Die Feststellungen zu den Pflegezeiten und zum Pflegeaufwand der Pflegeperson sowie bei Mehrfachpflege zum Einzel- und Gesamtpflegeaufwand trifft der Versicherer. Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr unterbricht die Beitragszahlung nicht. Üben mehrere Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, richtet sich die Höhe des vom Versicherer zu entrichtenden Beitrags nach dem Verhältnis des Umfanges der jeweiligen Pflegetätigkeit der Pflegeperson zum Umfang der Pflegetätigkeit insgesamt.

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

Für Pflegepersonen, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 ehrenamtlich wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in ihrer häuslichen Umgebung pflegen, zahlt der Versicherer Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit gemäß Nr. 8. des Tarifs PV.

## F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

(14) Für Pflegepersonen, die als Beschäftigte gemäß § 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt werden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne von § 8 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) - Viertes Buch (IV) - (siehe Anhang) wird, zahlt der Versicherer nach Maßgabe von Nr. 9.1. des Tarifs PV auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung. Verstirbt die versicherte Person innerhalb der Pflegezeit, werden die Zuschüsse bis zum Ende der Pflegezeit gezahlt.

(14a) Für Beschäftigte im Sinne des § 7 Abs. 1 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang), die für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung von ihrem Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 SGB V (siehe Anhang) oder nach § 45 Abs. 4 Sozialgesetzbuch (SGB) - Siebtes Buch (VII) - (siehe Anhang) beanspruchen können und nahe Angehörige nach § 7 Abs. 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) der versicherten Person sind, zahlt der Versicherer einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu 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 Pflegetätigkeit interessierte Personen können Schulungskurse besuchen. Diese dienen dem Ziel, soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Schulung soll auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person auch in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person stattfinden. Der Umfang der Leistungen des Versicherers ergibt sich aus Nr. 10. des Tarifs PV.

## H. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag

(16) Versicherte Personen in häuslicher Pflege haben Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für qualitätsgesicherte und entspre-

chend zertifizierte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der versicherten Personen bei der Gestaltung des Alltags gemäß Nr. 11. des Tarifs PV.

Der Ersatz der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für Leistungen nach der Nr. 11. a) bis d) des Tarifs PV Mittel der Ersatzpflege (Absatz 6) eingesetzt werden.

(17) Soweit Versicherte mit mindestens Pflegegrad 2 in dem jeweiligen Kalendermonat keine Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach Nr. 1. des Tarifs PV bezogen haben, können sie Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch nehmen. Solche Leistungen werden auf den Anspruch des Versicherten auf häusliche Pflegehilfe angerechnet. Der verwendete Betrag darf je Kalendermonat nicht mehr als 40 Prozent des für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrages für Leistungen der häuslichen Pflegehilfe betragen. Die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistungen nach Absatz 5 gilt die Erstattung der Aufwendungen als Inanspruchnahme derjenigen Leistungen, die der versicherten Person bei häuslicher Pflege nach Nr. 1. des Tarifs PV zustehen. Bezieht die versicherte Person die Leistung nach Satz 1, so gilt die Beratungspflicht nach Absatz 4 entsprechend. Wenn die versicherte Person die Beratung nicht abruft, gilt Absatz 4 Satz 4 mit der Maßgabe, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt.

## I. Pflegeberatung

(18) Versicherte Personen haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Versicherungs- und Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind.

Der Anspruch umfasst insbesondere

a) die systematische Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung nach § 6 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 Hilfskonzepts hinzuweisen und über dessen Nutzen aufzuklären.

Die Pflegeberatung kann auf Wunsch der versicherten Person dort, wo die Pflege durchgeführt wird, oder telefonisch erfolgen, dies auch nach Ablauf der zuvor genannten Frist. Auf Wunsch der versicherten Person erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung. Die Pflegeberatung kann auf Wunsch der versicherten Person durch barrierefreie digitale Angebote ergänzt werden und mittels barrierefreier digitaler Anwendungen erfolgen.

## J. Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

(19) Versicherte Personen, die Anspruch auf Leistungen nach Absatz 7a haben und die an der gemeinsamen Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe beteiligt sind, haben zusätzlich zu dem Betrag nach Nr. 13. des Tarifs PV einmalig zur altersgerechten und barrierearmen Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung einen Anspruch auf einen Förderbetrag nach Nr. 14. des Tarifs PV. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen und die Gründung nachzuweisen. Die Umgestaltungsmaßnahme kann auch vor der Gründung und dem Einzug erfolgen. Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesamt für Soziale Sicherung den Pflegekassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht worden ist.

## K. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen

(20) Versicherte Personen haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen. Digitale Pflegeanwendungen sind Anwendungen, die wesentlich auf digitalen Technologien beruhen und von den versicherten Personen oder in der Interaktion von versicherten Personen mit Angehörigen, sonstigen ehrenamtlich Pflegenden oder zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen genutzt werden, um Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, soweit die Aufwendungen für die Anwendung nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der privaten Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu tragen sind. Digitale Pflegeanwendungen sind auch solche Anwendungen, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende unterstützen und entweder die häusliche Versorgungssituation der versicherten Person stabilisieren oder pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende entlasten. 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 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 Rehabilitationsmaßnahmen durch die Pflegeperson

(23) Versicherte Personen haben ab dem 1. Juli 2024 Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung nach § 23 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.

## M. Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung

(26) Versicherte Personen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c SGB XI (siehe Anhang) haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschuss zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege. Der Umfang der Leistungen des Versicherers ergibt sich aus Nr. 17 des Tarifs PV.

(27) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben je Kalendermonat zudem Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung gemäß Absatz 1. Bei nur teilweiser Inanspruchnahme besteht Anspruch auf anteiliges Pflegegeld gemäß Absatz 5 Satz 1 und 2.

(28) Neben den Ansprüchen nach den Absätzen 26 und 27 können Leistungen gemäß den Absätzen 14 bis 14b, 15, 18, 20 und 21 sowie Nr. 4.1 und 4.2 des Tarifs PV in Anspruch genommen werden. Bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 besteht auch Anspruch auf Leistungen gemäß Absatz 13 sowie auf Kurzzeitpflege gemäß Absatz 10 Satz 3 Buchstabe a) bis zur Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags gemäß Nr. 6 des Tarifs PV.

(29) Die Absätze 26 bis 28 gelten nicht in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Abs. 4 SGB XI (siehe Anhang).

## § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht:

a) solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu insgesamt acht Wochen im Kalenderjahr werden Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen jedoch weiter erbracht; der Anspruch auf Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Abs. 5 ruht nicht bei Aufenthalt der versicherten Person in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz. Aufwendungsersatz gemäß § 4 Abs. 1 wird nur geleistet, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflege durchführt, die versicherte Person während des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes begleitet;

b) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der gesetzlichen Unfallversicherung, nach dem Soldatenentschädigungsgesetz 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 acht 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 acht 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 acht 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 § 63b Abs. 6 Satz 1 SGB XII (siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 auch über die ersten acht Wochen hinaus weiter gezahlt;

c) für Aufwendungen aus Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn diese Aufwendungen nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss entstehen. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;

d) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung sowie digitale Pflegeanwendungen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

(2a) Abweichend von Absatz 2 Buchstabe a) Satz 2 1. Halbsatz ruht der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege einschließlich des Pflegegeldes oder anteiligen Pflegegeldes, solange sich die Pflegeperson in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung befindet und der Pflegebedürftige nach § 40 Abs. 3a Satz 1 SGB V oder nach § 4 Abs. 23 Satz 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 in dem Kalendermonat gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass eine vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.

(2) Eintritt, Grad und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Vermeidung, Überwindung, Minderung oder Verhinderung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt oder durch einen Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung festzustellen. Hierbei hat dieser auch konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Die Empfehlung gilt hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen gemäß § 4 Abs. 7 Satz 1 dienen, jeweils als entsprechender Leistungsantrag, sofern der Versicherungsnehmer bzw. die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person zustimmt. Die Feststellungen nach Satz 1 enthalten ggf. auch solche nach § 4 Abs. 7a Satz 2 zur teilstationären Pflege in ambulant betreuten Wohngruppen oder Ergebnisse der zu Leistungen der sozialen Sicherung von Pflegepersonen erhobenen Ermittlungen nach § 4 Abs. 13. Die Feststellungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation sind dabei in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt. Mit der Durchführung der Untersuchungen kann der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragt werden. Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder den Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung untersuchen zu lassen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern oder einstellen. Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht oder bei einer Krisensituation von nationaler Tragweite oder, bezogen auf den Aufenthaltsort der versicherten Person, von regionaler Tragweite der Antrag auf Pflegeleistungen während der Krisensituation gestellt wird oder ein Untersuchungstermin, der bereits vereinbart war, in den Zeitraum einer Krisensituation fällt. Unter Maßgabe der Regelungen nach § 142a SGB XI (siehe Anhang) kann die Untersuchung im Wohnbereich durch ein strukturiertes telefonisches Interview, das auch per Videotelefonie durchgeführt werden kann, ergänzt oder ersetzt werden.

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

Die versicherte Person hat gegen den Versicherer Anspruch auf Übermittlung der schriftlichen Ergebnisse nach den Sätzen 1 und 2, der gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung nach Satz 5 und einer auf die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung bezogenen umfassenden und begründeten Stellungnahme des Versicherers.

(2a) Erfolgt die Leistungsmitteilung durch den Versicherer nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrages auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder wird eine der nachstehend in den Absätzen 2b oder 2c genannten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat der Versicherte für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung Anspruch auf eine zusätzliche Zahlung gemäß Nr. 12. des Tarifs PV. Dies gilt nicht, wenn der Versicherer die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich die versicherte Person in vollstationärer Pflege befindet und bei ihr bereits mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der 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 gehemmt, bis der Verzögerungsgrund weggefallen ist. Wird durch den Eintritt des Verzögerungsgrundes eine erneute Terminierung der Begutachtung erforderlich, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 bis zum Ablauf von 15 Arbeitstagen nach Kenntnis des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung oder des Versicherers über den Wegfall des Verzögerungsgrundes gehemmt. 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 bewilligter Leistungen nicht aus. Der Befristungszeitraum beträgt insgesamt höchstens drei Jahre.

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

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

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

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

### § 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

## Pflichten des Versicherungsnehmers

### § 8 Beitragszahlung

(1) Vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 ist für jede versicherte Person ein Beitrag zu zahlen. Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und am Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag ist an die vom Versicherer bezeichnete Stelle zu entrichten.

(2) Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Person sowie die Kinder von beitragsfrei versicherten Kindern sind beitragsfrei versichert, wenn sie

a) nicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder § 20 Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) versicherungspflichtig sind,

b) nicht nach § 22 SGB XI (siehe Anhang) von der Versicherungspflicht befreit sind,

c) keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 SGB XI (siehe Anhang) haben,

d) nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und

e) kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (siehe Anhang) überschreitet; bei 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 Abs. 1 Nr. 1 oder § 8a SGB IV (siehe Anhang) in Verbindung mit § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV (siehe Anhang) ausüben, ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig. Das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, bleibt außer Betracht.

(3) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern

a) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,

b) bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,

c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt auch bei einer Unterbrechung für die Dauer von höchstens zwölf Monaten durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes (siehe Anhang), einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 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,

d) ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) - Neuntes Buch (IX) - siehe Anhang) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind 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 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 aufgrund besonderer Vereinbarung gemäß § 15 Abs. 3 abgeschlossenen Auslandsversicherung in Verzug, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter den Voraussetzungen des § 38 VVG (siehe Anhang) kündigen.

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

## § 8a Beitragsberechnung

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

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

(3) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird.

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

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

## § 8b 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 werden anhand einer Statistik der Pflegepflichtversicherung jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten verglichen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Veränderung von mehr als 5 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 Pflegetätigkeit einer Pflegeperson, für die der Versicherer Leistungen zur sozialen Sicherung gemäß § 4 Abs. 13 oder Leistungen bei Pflegezeit gemäß § 4 Abs. 14 erbringt.

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

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

(4) Der Versicherungsnehmer hat die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit durch beitragsfrei mitversicherte Kinder unverzüglich in Textform anzuzeigen.

(5) Der Abschluss einer weiteren privaten Pflegepflichtversicherung bei einem anderen Versicherer ist nicht zulässig. Tritt für eine versicherte Person Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ein, ist der Versicherer unverzüglich in Textform zu unterrichten.

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

### § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

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

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

### § 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

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

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

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des 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 in der sozialen Pflegeversicherung nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn

hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er das Ende der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses zu. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung gleich.

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

(3) Bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses und gleichzeitigem Abschluss eines neuen Vertrages der privaten Pflegepflichtversicherung kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die für die versicherte Person kalkulierte Alterungsrückstellung in Höhe des Übertragungswertes nach Maßgabe von § 14 Abs. 6 Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (siehe Anhang) an den neuen Versicherer überträgt.

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

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

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

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

### § 14 Kündigung durch den Versicherer

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

(2) In den Fällen des § 9 Abs. 5, § 13 Abs. 1 sowie beim Wegfall des Kontrahierungszwanges gemäß Absatz 1 Satz 1 aus sonstigen Gründen kann der Versicherer die private Pflegepflichtversicherung auch seinerseits mit den für den Versicherungsnehmer geltenden Fristen und zu dem für diesen maßgeblichen Zeitpunkt kündigen. Später kann der Versicherer nur mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Versicherungsjahres (§ 13 Abs. 6) kündigen.

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

### § 15 Sonstige Beendigungsgründe

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

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

(3) Das Versicherungsverhältnis endet mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherungsnehmers ins Ausland, es sei denn, dass insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Ein diesbezüglicher Antrag ist spätestens innerhalb eines Monats nach Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes zu stellen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Antrag anzunehmen, falls er innerhalb der vorgenannten Frist gestellt wurde. Für die Dauer der besonderen Vereinbarung ist der für die private Pflegepflichtversicherung maßgebliche Beitrag zu zahlen; die Leistungspflicht des Versicherers ruht gemäß § 5 Abs. 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 All-

gemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

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

## § 19 Beitragsrückerstattung

Die aus dem „Abrechnungsverband private Pflegepflichtversicherung“ der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugeführten Mittel werden insbesondere zur Limitierung der Beiträge der versicherten Personen und zur Finanzierung von Leistungsverbesserungen verwendet.

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

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

In Abweichung von

1. § 3 MB/PPV 2026 entfällt die Wartezeit;

2. § 8 Abs. 3 MB/PPV 2026 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 2026

   a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft 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 Abs. 1 Nr. 1 oder § 8a SGB IV (siehe Anhang) in Verbindung mit § 8 Abs. 1 Nr. 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 Kappungsbeitrag dem anderen Ehegatten oder Lebenspartner zugerechnet;

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

4. § 8a Abs. 2 MB/PPV 2026 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 2026

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 herabge-

setzt, 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 (siehe Anhang) vermindert.

## Regelungen zur Überleitung in die Pflegegrade und zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ab 1. Januar 2017 (Überleitungsregelungen) und sonstige Übergangsregelungen

### § 1 Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade

(Regelung ist gegenstandslos geworden.)

### § 2 Besitzstandsschutz

(1) Versicherte Personen sowie Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 Anspruch auf Leistungen haben, erhalten Besitzstandsschutz auf die ihnen unmittelbar vor dem 1. Januar 2017 zustehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen für häusliche Pflegehilfe (§ 4 Abs. 1 Satz 1 MB/PPV 2015), für Pflegegeld (§ 4 Abs. 2 MB/PPV 2015), für Kombinationsleistungen (§ 4 Abs. 5 MB/PPV 2015), für den Wohngruppenzuschlag (§ 4 Abs. 7a MB/PPV 2015), für Verbrauchshilfsmittel (§ 4 Abs. 7 MB/PPV 2015), für teilstationäre Pflege (§ 4 Abs. 8 MB/PPV 2015), bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 4 Abs. 14 MB/PPV 2015) und bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 4 Abs. 16, 16a MB/PPV 2015). Hinsichtlich eines Anspruchs auf den erhöhten Betrag nach § 4 Abs. 16 i. V. m. Nr. 11.1. des Tarifs PV 2015 richtet sich der Besitzstandsschutz abweichend von Satz 1 nach Absatz 2. Für versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der vollstationären Pflege (§ 4 Abs. 11 MB/PPV 2015) bezogen haben, richtet sich der Besitzstandsschutz nach § 3. Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug lassen den Besitzstandsschutz jeweils unberührt.

(2) Versicherte Personen,

1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 i. V. m. Nr. 11.1. des Tarifs PV 2015 haben und

2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach § 4 Abs. 1, 2 und 8 MB/PPV 2026 unter Berücksichtigung des § 1 Abs. 4 und 5 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den § 4 Abs. 1, 2, 8 und 16a MB/PPV 2015 am 31. Dezember 2016 zustanden,

haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2026. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 4 Abs. 16 MB/PPV 2026 i. V. m. Nr. 11. des Tarifs PV 2026 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 2026) 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 Leistungs-betrag. 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 Pflegetätigkeit fort. Die beitragspflichtigen Einnahmen ab dem 1. Januar 2017 bestimmen sich in den Fällen des Satzes 1 nach Maßgabe des § 166 Abs. 2 und 3 SGB VI in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung (siehe Anhang), wenn sie höher sind als die beitragspflichtigen Einnahmen, die sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht ergeben.

(2) (Regelung ist gegenstandslos geworden.)

(3) Absatz 1 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass

1. bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 1 Abs. 2 MB/PPV 2026 vorliegt oder

2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 4 Abs. 13 MB/PPV 2026 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.)

## § 7 Übergangsregelung für Leistungsbezieher nach dem Soldatenversorgungsgesetz

Für versicherte Personen, die Leistungen nach dem Soldatenversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. September 2009 (BGBl. I S. 3054), das zuletzt durch Artikel 19 des Gesetzes vom 4. August 2019 (BGBl. I S. 1147) geändert worden ist, in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), das zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 13. Juni 2019 (BGBl. I S. 793) geändert worden ist, erhalten, gelten die Vorschriften des § 13 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 und Satz 3 SGB XI (siehe Anhang), des § 23 Abs. 5 SGB XI (siehe Anhang) und des § 5 Abs. 1 b) MB/PPV 2023 weiter.

## § 8 Übergangsregelung zum Gemeinsamen Jahresbetrag im Jahr 2025

(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.

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 – Auszüge aus den Gesetzestexten

## Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag [Versicherungsvertragsgesetz - VVG]

### § 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

### § 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei

Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

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

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

## § 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

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

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

## § 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder

2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder

3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder

4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten 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.

(5) Der Versicherer ist verpflichtet,

1. allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten

   a) innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifes,

   b) innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Wechselmöglichkeit im Rahmen ihres freiwilligen Versicherungsverhältnisses,

2. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, nicht zum Personenkreis nach Nummer 1 oder Absatz 3 Satz 2 Nr. 3 und 4 gehören und die nicht bereits eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben, die der Pflicht nach Absatz 3 genügt,

3. Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, soweit sie zur Erfüllung der Pflicht nach Absatz 3 Satz 1 ergänzenden Versicherungsschutz benötigen,

4. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die eine private Krankheitskostenversicherung im Sinn des Absatzes 3 mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und deren Vertrag nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wird,

Versicherung im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu gewähren. Ist der private Krankheitskostenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen, kann bei Wechsel oder Kündigung des Vertrags der Abschluss eines Vertrags im Basistarif beim eigenen oder einem anderen Versicherungsunternehmen unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gemäß § 204 Abs. 1 nur bis zum 30. Juni 2009 verlangt werden. Der Antrag muss bereits dann angenommen werden, wenn bei einer Kündigung eines Vertrags bei einem anderen Versicherer die Kündigung nach § 205 Abs. 1 Satz 1 noch nicht wirksam geworden ist. Der Antrag darf nur abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherer versichert war und der Versicherer

1. den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder

2. vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist.

## § 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

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

(4) Erhöht der Versicherer aufgrund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienerhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

---

# Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Drittes Buch (III) Arbeitsförderung [SGB III]

---

## § 26 Sonstige Versicherungspflichtige

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Jugendliche, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 51 des Neunten Buches Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen sollen, sowie Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,

2. Personen, die nach Maßgabe des Wehrpflichtgesetzes, des § 58b des Soldatengesetzes oder des Zivildienstgesetzes Wehrdienst oder Zivildienst leisten und während dieser Zeit nicht als Beschäftigte versicherungspflichtig sind,

3. (weggefallen)

3a. (weggefallen)

4. Gefangene, die Arbeitsentgelt, Ausbildungsbeihilfe oder Ausfallentschädigung (§§ 43 bis 45, 176 und 177 des Strafvollzugsgesetzes) erhalten oder Ausbildungsbeihilfe nur wegen des Vorrangs von Leistungen zur Förderung der Berufsausbildung nach diesem Buch nicht erhalten; das Versicherungspflichtverhältnis gilt während arbeitsfreier Sonnabende, Sonntage und gesetzlicher Feiertage als fortbestehend, wenn diese Tage innerhalb eines zusammenhängenden Arbeits- oder Ausbildungsabschnittes liegen. Gefangene im Sinne dieses Buches sind Personen, die im Vollzug von Untersuchungshaft, Freiheitsstrafen und freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung oder einstweilig nach § 126a 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, Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Krankengeld der Soldatenentschädigung, Verletztengeld oder von einem Träger der medizinischen Rehabilitation Übergangsgeld beziehen,

2. von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen Krankentagegeld beziehen,

2a. von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen,

2b. von einer Pflegekasse, einem privaten Versicherungsunternehmen, der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn Pflegeunterstützungsgeld beziehen oder

3. von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung eine Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen,

wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch hatten.

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

1. unmittelbar vor der Kindererziehung versicherungspflichtig waren oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch hatten und

2. sich mit dem Kind im Inland gewöhnlich aufhalten oder bei Aufenthalt im Ausland Anspruch auf Kindergeld nach dem Einkommensteuergesetz oder Bundeskindergeldgesetz haben oder ohne die Anwendung des § 64 oder § 65 des Einkommensteuergesetzes oder des § 3 oder § 4 des Bundeskindergeldgesetzes haben würden.

Satz 1 gilt nur für Kinder

1. der oder des Erziehenden,

2. seiner nicht dauernd getrennt lebenden Ehegattin oder ihres nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten oder

3. ihrer nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartnerin oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartners.

Haben mehrere Personen ein Kind gemeinsam erzogen, besteht Versicherungspflicht nur für die Person, der nach den Regelungen des Rechts der gesetzlichen Rentenversicherung die Erziehungszeit zuzuordnen ist (§ 56 Abs. 2 des Sechsten Buches).

(2b) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, in der sie als Pflegeperson einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Buches, der Leistungen aus der Pflegeversicherung nach dem Elften Buch oder Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch oder gleichartige Leistungen nach anderen Vorschriften bezieht, nicht erwerbsmäßig wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in seiner häuslichen Umgebung pflegen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Pflegetätigkeit versicherungspflichtig waren oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch hatten. Versicherungspflicht besteht auch, wenn die Voraussetzungen durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erfüllt werden.

(3) Nach Absatz 1 Nr. 1 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach § 25 Abs. 1 versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 1 Nr. 4 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach anderen Vorschriften dieses Buches versicherungspflichtig ist. Versicherungspflichtig wegen des Bezuges von Mutterschaftsgeld nach Absatz 2 Nr. 1 ist nicht, wer nach Absatz 2a versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 2 Nr. 2 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 2 Nr. 1 versicherungspflichtig ist oder während des Bezugs von Krankentagegeld Anspruch auf Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch hat. Nach Absatz 2a und 2b ist nicht versicherungspflichtig, wer nach anderen Vorschriften dieses Buches versicherungspflichtig ist oder während der Zeit der Erziehung oder Pflege Anspruch auf Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch hat; Satz 3 bleibt unberührt. Trifft eine Versicherungspflicht nach Absatz 2a mit einer Versicherungspflicht nach Absatz 2b zusammen, geht die Versicherungspflicht nach Absatz 2a vor.

(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, Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Krankengeld der Soldatenentschädigung, 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 oder Absatz 1a des Fünften Buches oder Verletztengeld nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches in Verbindung mit § 45 Absatz 1 oder Absatz 1a des Fünften Buches beziehen, 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts oder des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitseinkommens,

6. die als Bezieherinnen oder Bezieher von Krankentagegeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe von 70 Prozent der für die Erhebung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches). Für den Kalendermonat ist ein Zwölftel und für den Kalendertag ein Dreihundertsechzigstel des Arbeitsentgelts zugrunde zu legen,

6a. die von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von öffentlich-rechtlichen Trägern von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, das diesen Leistungen zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen,

6b. die als Bezieherinnen oder Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld versicherungspflichtig sind, 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts,

7. die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe des Mutterschaftsgeldes,

8. die als Pflegeperson versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b), ein Arbeitsentgelt in Höhe von 50 Prozent der monatlichen Bezugsgröße.

## § 347 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

Die Beiträge werden getragen

1. für Personen, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die eine Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, vom Träger der Einrichtung,

2. für Wehrdienstleistende oder für Zivildienstleistende nach der Hälfte des Beitragssatzes vom Bund,

3. für Gefangene von dem für die Vollzugsanstalt zuständigen Land,

4. für nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften während der Zeit der außerschulischen Ausbildung für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft von der geistlichen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft,

5. für Personen, die Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von diesen und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im Übrigen von den Leistungsträgern; die Leistungsträger tragen die Beiträge auch allein, soweit sie folgende Leistungen zahlen:

   a) Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Krankengeld der Soldatenentschädigung oder Übergangsgeld,

   b) Krankengeld oder Verletztengeld in Höhe der Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch oder

   c) eine Leistung, die nach einem monatlichen Arbeitsentgelt bemessen wird, das die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt,

5a. für Personen, die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, vom Leistungsträger,

6. für Personen, die Krankentagegeld beziehen, von privaten Krankenversicherungsunternehmen,

6a. für Personen, die Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, von der Stelle, die die Leistung erbringt; wird die Leistung von mehreren Stellen erbracht, sind die Beiträge entsprechend anteilig zu tragen,

6b. für Personen, die Pflegeunterstützungsgeld beziehen, von den Bezieherinnen oder Beziehern der Leistung zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im Übrigen

a) von der Pflegekasse, wenn die oder der Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist,

b) vom privaten Versicherungsunternehmen, wenn die oder der Pflegebedürftige in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert ist,

c) von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig, wenn die oder der Pflegebedürftige Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge hat und in der sozialen Pflegeversicherung oder bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert ist;

die Beiträge werden von den Stellen, die die Leistung zu erbringen haben, allein getragen, wenn das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt,

7. für Personen, die als Bezieherinnen oder Bezieher einer Rente wegen voller Erwerbsminderung versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern,

8. für Personen, die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern,

9. (weggefallen)

10. für Personen, die als Pflegeperson 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 Pflegeperson 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 Bundesamt für Soziale Sicherung und die Bundesagentur durch Vereinbarung regeln.

(4b) Die Beiträge für Personen, die Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von 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.

---

# Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Viertes Buch (IV) Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung [SGB IV]

---

## § 8 Geringfügige Beschäftigung und geringfügige selbstständige Tätigkeit; Geringfügigkeitsgrenze

(1) Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn

1. das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt,

...

## § 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 be-

gründet ist und die Tätigkeit sonst gewöhnlich durch Mitglieder des privaten Haushalts erledigt wird.

### § 18 Bezugsgröße

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.

## Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung [SGB V]

### § 23 Medizinische Vorsorgeleistungen

(4) Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 und 2 nicht aus, erbringt die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht; für Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht. ...

### § 33 Hilfsmittel

(6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. Vertragsärzte oder Krankenkassen dürfen, soweit gesetzlich nicht etwas anderes bestimmt ist oder aus medizinischen Gründen im Einzelfall eine Empfehlung geboten ist, weder Verordnungen bestimmten Leistungserbringern zuweisen, noch die Versicherten dahingehend beeinflussen, Verordnungen bei einem bestimmten Leistungserbringer einzulösen. Die Sätze 1 und 2 gelten auch bei der Einlösung von elektronischen Verordnungen.

(7) Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise.

### § 37 Häusliche Krankenpflege

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c des Elften Buches, 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 Werkstätten-verordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(1a) Versicherte erhalten an geeigneten Orten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Absatz 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, die Anspruch auf Leistungen nach § 37c haben, soweit diese Leistungen tatsächlich erbracht werden. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 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 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 sowie die nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 und 3 von Pflegefachpersonen erbrachten Leistungen. 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.

(3a) Ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nicht für Versicherte, für die die Pflegekassen nach § 146a des Elften Buches die pflegebedingten Aufwendungen übernehmen.

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

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

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können.

(7) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 unter Berücksichtigung bestehender Therapieangebote das Nähere zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden. Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden kann auch in spezialisierten Einrichtungen an einem geeigneten Ort außerhalb der Häuslichkeit von Versicherten erfolgen.

(8) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Juli 2022 Rahmenvorgaben zu einzelnen nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 verordnungsfähigen Maßnahmen, bei denen Pflegefachpersonen, die die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 geregelten Anforderungen erfüllen, innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Verordnungsrahmens selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen können, sowie Vorgaben zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes und zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch den Leistungserbringer über die erbrachten Maßnahmen.

(9) Zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens für die im Rahmen einer Versorgung nach Absatz 8 erbrachten Leistungen pseudonymisieren die Krankenkassen die Angaben zu den Ausgaben jeweils arztbezogen sowie versichertenbezogen. Sie übermitteln diese Angaben nach Durchführung der Abrechnungsprüfung dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der diese Daten für den Zweck der nach Absatz 10 durchzuführenden Evaluierung kassenartenübergreifend zusammenführt und diese Daten dem nach Absatz 10 Satz 2 beauftragten unabhängigen Dritten übermittelt. Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren der Pseudonymisierung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der beauftragte unabhängige Dritte nach Absatz 10 Satz 2 haben die ihnen nach Satz 2 übermittelten pseudonymisierten Daten spätestens ein Jahr nach Abschluss der Evaluierung zu löschen.

(10) Drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen nach Absatz 8 evaluieren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer unter Berücksichtigung der nach Absatz 9 Satz 2 übermittelten Daten insbesondere die mit der Versorgung nach Absatz 8 verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der häuslichen Krankenpflege, die finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung nach Absatz 8 sowie die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität. Die Evaluierung hat durch einen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer gemeinsam zu beauftragenden unabhängigen Dritten zu erfolgen.

## § 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(2) Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, so erbringt die Krankenkasse erforderliche stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht. ...

(3a) Bei einer stationären Rehabilitation haben Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches auch Anspruch auf die Versorgung der Pflegebedürftigen, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden. ...

## § 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 für den Anspruch nach Satz 1 entsprechend.

(1a) Ein Anspruch auf Krankengeld besteht auch für Versicherte, die nach § 11 Absatz 3 bei stationärer Behandlung ihres versicherten Kindes aus medizinischen Gründen als Begleitperson mitaufgenommen werden, sofern das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Das Vorliegen der in Satz 1 genannten medizinischen Gründe, die eine Mitaufnahme notwendig machen, sowie die Dauer der notwendigen Mitaufnahme sind von der stationären Einrichtung gegenüber der Begleitperson des versicherten Kindes zu bescheinigen; im Fall des § 11 Absatz 3 Satz 2 ist die Bescheinigung auf die Dauer der in Satz 1 genannten Mitaufnahme zu beschränken. Der Anspruch nach Satz 1 besteht nur für einen Elternteil. § 10 Absatz 4 und § 44 Absatz 2 gelten für den Anspruch nach Satz 1 entsprechend. Der Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 bleibt unberührt. Kein Anspruch auf Krankengeld nach Satz 1 besteht, wenn Krankengeld nach Absatz 4 oder nach § 44b in Anspruch genommen wird.

(2) Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 besteht in jedem Kalenderjahr für jedes Kind längstens für 10 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 20 Arbeitstage. Der Anspruch nach Satz 1 besteht für Versicherte für nicht mehr als 25 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte für nicht mehr als 50 Arbeitstage je Kalenderjahr. Das Krankengeld nach Absatz 1 oder Absatz 1a beträgt 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt der Versicherten, bei Bezug von beitragspflichtigem einmalig gezahltem Arbeitsentgelt (§ 23a des Vierten Buches) in den der Freistellung von Arbeitsleistung nach Absatz 3 vorangegangenen zwölf Kalendermonaten 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt; es darf 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 3 nicht überschreiten. Erfolgt die Berechnung des Krankengeldes nach Absatz 1 oder Absatz 1a aus Arbeitseinkommen, beträgt dies 70 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt. § 47 Absatz 1 Satz 6 bis 8, Absatz 4 Satz 3 bis 5, Absatz 5 und § 47b gelten entsprechend.

(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 besteht der Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 in dem Kalenderjahr 2026 für jedes Kind längstens für 15 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 30 Arbeitstage. Der Anspruch nach Satz 1 besteht für Versicherte für nicht mehr als 35 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte für nicht mehr als 70 Arbeitstage.

(3) Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 oder Absatz 1a haben für die Dauer dieses Anspruchs gegen ihren Arbeitgeber Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung, soweit nicht aus dem gleichen Grund Anspruch auf bezahlte Freistellung besteht. Wird der Freistellungsanspruch nach Satz 1 geltend gemacht, bevor die Krankenkasse ihre Leistungsverpflichtung nach Absatz 1 oder Absatz 1a anerkannt hat, und sind die Voraussetzungen dafür nicht erfüllt, ist der Arbeitgeber berechtigt, die gewährte Freistellung von der Arbeitsleistung auf einen späteren Freistellungsanspruch zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines erkrankten Kindes anzurechnen. Der Freistellungsanspruch nach Satz 1 kann nicht durch Vertrag ausgeschlossen oder beschränkt werden.

(4) Versicherte haben ferner Anspruch auf Krankengeld, wenn sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, sofern das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert

und auf Hilfe angewiesen ist und nach ärztlichem Zeugnis an einer Erkrankung leidet,

a) die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat,

b) bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig oder von einem Elternteil erwünscht ist und

c) die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.

Der Anspruch besteht nur für ein Elternteil. Absatz 1 Satz 2, Absatz 3 und die §§ 47 und 47b gelten entsprechend.

(5) Anspruch auf unbezahlte Freistellung nach den Absätzen 3 und 4 haben auch Arbeitnehmer, die nicht Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 oder Absatz 1a sind.

## § 107 Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

(2) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der stationären Behandlung der Patienten dienen, um

   a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder

   b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen.

2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen,

und in denen

3. die Patienten untergebracht und verpflegt werden können.

## § 176 Bestandschutzregelung für Solidargemeinschaften

(1) Die Mitgliedschaft in einer Solidargemeinschaft gilt nur dann als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 und als ein mit dem Anspruch auf freie Heilfürsorge oder einer Beihilfeberechtigung vergleichbarer Anspruch im Sinne des § 193 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 des Versicherungsvertragsgesetzes, wenn die Solidargemeinschaft am 20. Januar 2021 bereits bestanden hat und seit ihrer Gründung ununterbrochen fortgeführt wurde, sie beides dem Bundesministerium für Gesundheit nachweist und auf ihren alle fünf Jahre zu stellenden Antrag hin das Bundesministerium für Gesundheit jeweils das Vorliegen eines testierten Gutachtens über die dauerhafte Leistungsfähigkeit gemäß Absatz 3 bestätigt. Ein Antrag nach Satz 1 kann erstmalig nur bis einschließlich 30. Juni 2026 gestellt werden.

(5) Erhebt eine in Absatz 1 genannte Solidargemeinschaft von einem Mitglied einen Beitrag, der höher ist als die Hälfte des nach § 152 Absatz 3 Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes berechneten Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung, und besteht bei dem Mitglied Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches oder würde allein durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit entstehen, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit oder für die Zeit, in der Hilfebedürftigkeit entstehen würde, auf die Hälfte des nach § 152 Absatz 3 Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes berechneten Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung. Für Mitglieder mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass jeweils an die Stelle des Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung ein Beitrag tritt, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs entspricht. Die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger auf Antrag des Mitglieds zu prüfen und zu bescheinigen.

## § 232b Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld

(1) Bei Personen, die Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches beziehen, gelten 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts als beitragspflichtige Einnahmen.

(2) Für Personen, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 erhalten bleibt, gelten § 226 Absatz 1 Nummer 2 bis 4 und Absatz 2 sowie die §§ 228 bis 231 entsprechend. Die Einnahmen nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 unterliegen höchstens in dem Umfang der Beitragspflicht, in dem zuletzt vor dem Bezug des Pflegeunterstützungsgeldes Beitragspflicht bestand. Für freiwillige Mitglieder gilt Satz 2 entsprechend.

## § 249c Tragung der Beiträge bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld

Bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld werden die Beiträge, soweit sie auf das Pflegeunterstützungsgeld entfallen, getragen

1. bei Personen, die einen in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von den Versicherten und der Pflegekasse je zur Hälfte,

2. bei Personen, die einen in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherungspflichtigen Pflegebedürftigen pflegen, von den Versicherten und dem privaten Versicherungsunternehmen je zur Hälfte,

3. bei Personen, die einen Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von den Versicherten zur Hälfte und von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen jeweils anteilig,

im Übrigen von der Pflegekasse, dem privaten Versicherungsunternehmen oder anteilig von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen. Die Beiträge werden von der Pflegekasse

oder dem privaten Versicherungsunternehmen allein oder anteilig von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen getragen, wenn das dem Pflegeunterstützungsgeld zugrunde liegende monatliche Arbeitsentgelt 450 Euro nicht übersteigt.

## § 252 Beitragszahlung

(1) Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. Abweichend von Satz 1 zahlen die Bundesagentur für Arbeit oder in den Fällen des § 6a des Zweiten Buches die zugelassenen kommunalen Träger die Beiträge für die Bezieher von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches.

(2) Die Beitragszahlung erfolgt in den Fällen des § 251 Abs. 3, 4 und 4a an den Gesundheitsfonds. Ansonsten erfolgt die Beitragszahlung an die nach § 28i des Vierten Buches zuständige Einzugsstelle. Die Einzugsstellen leiten die nach Satz 2 gezahlten Beiträge einschließlich der Zinsen auf Beiträge und Säumniszuschläge arbeitstäglich an den Gesundheitsfonds weiter. Das Weitere zum Verfahren der Beitragszahlungen nach Satz 1 und Beitragsweiterleitungen nach Satz 3 wird durch Rechtsverordnung nach den §§ 28c und 28n des Vierten Buches geregelt.

(2a) Die Pflegekassen zahlen für Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld die Beiträge nach § 249c Satz 1 Nummer 1 und 3. Die privaten Versicherungsunternehmen, die Festsetzungsstellen für die Beihilfe oder die Dienstherren zahlen die Beiträge nach § 249c Satz 1 Nummer 2 und 3; der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Festsetzungsstellen für die Beihilfe und die Dienstherren vereinbaren mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Bundesamt für Soziale Sicherung Näheres über die Zahlung und Abrechnung der Beiträge. Für den Beitragsabzug gilt § 28g Satz 1 und 2 des Vierten Buches entsprechend.

(3) Schuldet ein Mitglied Auslagen, Gebühren, insbesondere Mahn- und Vollstreckungsgebühren sowie wie Gebühren zu behandelnde Entgelte für Rücklastschriften, Beiträge, den Zusatzbeitrag nach § 242 in der bis zum 31. Dezember 2014 geltenden Fassung, Prämien nach § 53, Säumniszuschläge, Zinsen, Bußgelder oder Zwangsgelder, kann es bei Zahlung bestimmen, welche Schuld getilgt werden soll. Trifft das Mitglied keine Bestimmung, werden die Schulden in der genannten Reihenfolge getilgt. Innerhalb der gleichen Schuldenart werden die einzelnen Schulden nach ihrer Fälligkeit, bei gleichzeitiger Fälligkeit anteilmäßig getilgt.

(4) Für die Haftung der Einzugsstellen wegen schuldhafter Pflichtverletzung beim Einzug von Beiträgen nach Absatz 2 Satz 2 gilt § 28r Abs. 1 und 2 des Vierten Buches entsprechend.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Prüfung der von den Krankenkassen mitzuteilenden Daten durch die mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen einschließlich der Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder nicht prüfbarer Daten sowie das Verfahren der Prüfung und der Prüfkriterien für die Bereiche der Beitragsfestsetzung, des Beitragseinzugs und der Weiterleitung von Beiträgen nach Absatz 2 Satz 2 durch die Krankenkassen, auch abweichend von § 274.

(6) Stellt die Aufsichtsbehörde fest, dass eine Krankenkasse die Monatsabrechnungen über die Sonstigen Beiträge gegenüber dem Bundesamt für Soziale Sicherung als Verwalter des Gesundheitsfonds entgegen der Rechtsverordnung auf Grundlage der §§ 28n und 28p des Vierten Buches nicht, nicht vollständig, nicht richtig oder nicht fristgerecht abgibt, kann sie die Aufforderung zur Behebung der festgestellten Rechtsverletzung und zur Unterlassung künftiger Rechtsverletzungen mit der Androhung eines Zwangsgeldes bis zu 50.000 Euro für jeden Fall der Zuwiderhandlung verbinden.

## § 290 Krankenversichertennummer

(1) Die Krankenkasse verwendet für jeden Versicherten eine Krankenversichertennummer. Die Krankenversichertennummer besteht aus einem unveränderbaren Teil zur Identifikation des Versicherten und einem veränderbaren Teil, der bundeseinheitliche Angaben zur Kassenzugehörigkeit enthält und aus dem bei Vergabe der Nummer an Versicherte nach § 10 sicherzustellen ist, dass der Bezug zu dem Angehörigen, der Mitglied ist, hergestellt werden kann. Der Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversichertennummer haben den Richtlinien nach Absatz 2 zu entsprechen. Die Rentenversicherungsnummer darf nicht als Krankenversichertennummer verwendet werden. Eine Verwendung der Rentenversicherungsnummer zur Bildung der Krankenversichertennummer entsprechend den Richtlinien nach Absatz 2 ist zulässig, wenn nach dem Stand von Wissenschaft und Technik sichergestellt ist, dass nach Vergabe der Krankenversichertennummer weder aus der Krankenversichertennummer auf die Rentenversicherungsnummer noch aus der Rentenversicherungsnummer auf die Krankenversichertennummer zurückgeschlossen werden kann; dieses Erfordernis gilt auch in Bezug auf die vergebende Stelle. Die Prüfung einer Mehrfachvergabe der Krankenversichertennummer durch die Vertrauensstelle bleibt davon unberührt. Wird die Rentenversicherungsnummer zur Bildung der Krankenversichertennummer verwendet, ist für Personen, denen eine Krankenversichertennummer zugewiesen werden muss und die noch keine Rentenversicherungsnummer erhalten haben, eine Rentenversicherungsnummer zu vergeben.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat den Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversichertennummer durch Richtlinien zu regeln. Die Krankenversichertennummer ist von einer von den Krankenkassen und ihren Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennten Vertrauensstelle zu vergeben. Die im Zusammenhang mit der Einrichtung und dem Betrieb der Vertrauensstelle anfallenden Verwaltungskosten werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen finanziert. Die Vertrauensstelle gilt als öffentliche Stelle und unterliegt dem Sozialgeheimnis nach § 35 des Ersten Buches. Sie untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. § 274 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 zustande oder werden die Beanstandungen nicht innerhalb der vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien erlassen.

(3) Die Vertrauensstelle nach Absatz 2 Satz 2 führt ein Verzeichnis der Krankenversichertennummern. Das Verzeichnis enthält für jeden Versicherten den unveränderbaren und den veränderbaren Teil der Krankenversichertennummer sowie die erforderlichen Angaben, um zu gewährleisten, dass der unveränderbare Teil der Krankenversichertennummer nicht mehrfach vergeben wird. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt das Nähere zu dem Verzeichnis im Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in den Richtlinien nach Absatz 2 Satz 1 fest, insbesondere ein Verfahren des Datenabgleichs zur Gewährleistung eines tagesaktuellen Standes des Verzeichnisses. Das Verzeichnis darf ausschließlich zum Ausschluss und zur Korrektur von Mehrfachvergaben derselben Krankenversichertennummer verwendet werden. Um Mehrfachvergaben derselben Krankenversichertennummer auszuschließen oder zu korrigieren, übermitteln die Krankenkassen zum Zweck des Datenabgleichs gemäß dem Verfahren nach Satz 3 die dafür erforderlichen Sozialdaten an die in § 362 Absatz 1 genannten Stellen, die den unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer nutzen; dabei gilt für die in § 362 Absatz 1 genannten Stellen § 35 des Ersten Buches entsprechend.

(4) Die Krankenversichertennummer eines Versicherten darf im Rahmen der Telematikinfrastruktur von Anbietern und Nutzern von Anwendungen und Diensten im Sinne von § 306 Absatz 4

Satz 1 und 2 zur eindeutigen Identifikation des Versicherten verwendet werden, soweit dies für die eindeutige Zuordnung von Daten und Diensten bei der Nutzung dieser Anwendungen und Dienste erforderlich ist.

## § 365 Vereinbarung über technische Verfahren zur Videosprechstunde in der vertragsärztlichen Versorgung

(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbart mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. die Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden, insbesondere Einzelheiten hinsichtlich der Qualität und der Sicherheit, und die Anforderungen an die technische Umsetzung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berücksichtigen in der Vereinbarung nach Satz 1 die sich ändernden Kommunikationsbedürfnisse der Versicherten, insbesondere hinsichtlich der Nutzung digitaler Kommunikationsanwendungen auf mobilen Endgeräten. Bei der Fortschreibung der Vereinbarung ist vorzusehen, dass für die Durchführung von Videosprechstunden ergänzend auch Dienste der Telematikinfrastruktur genutzt werden können, sobald diese zur Verfügung stehen. § 630e des Bürgerlichen Gesetzbuchs ist zu beachten.

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

(2) Der Beitrag von im Standardtarif nach Absatz 1 versicherten Personen darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 257 Absatz 2a Satz 1 Nummer 2 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung nicht überschreiten; die dort für Ehegatten oder Lebenspartner vorgesehene besondere Beitragsbegrenzung gilt für nach Absatz 1 versicherte Personen nicht. § 152 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes, § 26 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 des Zweiten Buches sowie § 32 Absatz 5 des Zwölften Buches gelten für nach Absatz 1 im Standardtarif versicherte Personen entsprechend.

(3) Eine Risikoprüfung ist nur zulässig, soweit sie für Zwecke des finanziellen Spitzenausgleichs nach § 257 Absatz 2b in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung oder für spätere Tarifwechsel erforderlich ist. Abweichend von § 257 Absatz 2b in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung sind im finanziellen Spitzenausgleich des Standardtarifs für Versicherte nach Absatz 1 die Begrenzungen gemäß Absatz 2 sowie die durch das Verbot von Risikozuschlägen gemäß Absatz 1 Satz 3 auftretenden Mehraufwendungen zu berücksichtigen.

(4) Die gemäß Absatz 1 abgeschlossenen Versicherungsverträge im Standardtarif werden zum 1. Januar 2009 auf Verträge im Basistarif nach § 152 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes umgestellt.

# Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) Gesetzliche Rentenversicherung [SGB VI] in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung

## § 166 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter

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

1. Schwerstpflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 3 Elftes Buch)
   a) 80 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 28 Stunden in der Woche gepflegt wird,
   b) 60 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,
   c) 40 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,
2. Schwerpflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 2 Elftes Buch)
   a) 53,3333 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,
   b) 35,5555 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,
3. erheblich Pflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 1 Elftes Buch) 26,6667 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird.

Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, sind beitragspflichtige Einnahmen bei jeder Pflegeperson der Teil des Höchstwerts der jeweiligen Pflegestufe, der dem Umfang ihrer Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Umfang der Pflegetätigkeit insgesamt entspricht. Pflegetätigkeiten im Sinne des Absatzes 3 bleiben bei der Berechnung nach Satz 2 unberücksichtigt.

(3) Besteht Versicherungspflicht als Pflegeperson nur, weil mehrere Pflegebedürftige gepflegt werden, sind beitragspflichtige Einnahmen 26,6667 vom Hundert der Bezugsgröße. Die Aufteilung der beitragspflichtigen Einnahmen berechnet sich nach dem Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Umfang der Pflegetätigkeit der Pflegeperson insgesamt.

## Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) Gesetzliche Rentenversicherung [SGB VI]

### § 3 Sonstige Versicherte

Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit,

1. für die ihnen Kindererziehungszeiten anzurechnen sind (§ 56),

1a. in der sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung oder einer privaten Pflege-Pflichtversicherung hat,

2. in der sie aufgrund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten,

2a. in der sie sich in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes befinden, wenn sich der Einsatzunfall während einer Zeit ereignet hat, in der sie nach Nummer 2 versicherungspflichtig waren; sind zwischen dem Einsatzunfall und der Einstellung in ein Wehrdienstverhältnis besonderer Art nicht mehr als sechs Wochen vergangen, gilt das Wehrdienstverhältnis besonderer Art als mit dem Tag nach Ende einer Versicherungspflicht nach Nummer 2 begonnen,

2b. in der sie als ehemalige Soldaten auf Zeit Übergangsgebührnisse beziehen, es sei denn, sie sind für die Zeiten als Soldaten auf Zeit nach § 186 nachversichert worden,

3. für die sie von einem Leistungsträger Krankengeld, Verletztengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Krankengeld der Soldatenentschädigung, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld oder von der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung Pflegeunterstützungsgeld beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung zuletzt versicherungspflichtig waren; der Zeitraum von einem Jahr verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches,

3a. für die sie von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit das Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn dieser Zahlung zuletzt versicherungspflichtig waren; der Zeitraum von einem Jahr verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches,

4. für die sie Vorruhestandsgeld beziehen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren.

Pflegepersonen, die für ihre Tätigkeit von dem oder den Pflegebedürftigen ein Arbeitsentgelt erhalten, das das dem Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne des § 37 des Elften Buches nicht übersteigt, gelten als nicht erwerbsmäßig tätig; sie sind insoweit nicht nach § 1 Satz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig. Nicht 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 weitererhalten oder Leistungen an Selbstständige nach § 6 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 Nummer 2b bis 4 erstreckt sich auch auf Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben.

### § 15 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach den §§ 15, 15a und 31 Absatz 1 Nummer 2, die nach Art und Schwere der Erkrankung erforderlich sind, werden durch Rehabilitationseinrichtungen erbracht, die unter ständiger ärztlicher Verantwortung und Mitwirkung von besonders geschultem Personal entweder vom Träger der Rentenversicherung selbst oder von anderen betrieben werden und nach Absatz 4 zugelassen sind oder als zugelassen gelten (zugelassene Rehabilitationseinrichtungen). Die Rehabilitationseinrichtung braucht nicht unter ständiger ärztlicher Verantwortung zu stehen, wenn die Art der Behandlung dies nicht erfordert. Leistungen einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung sollen für längstens drei Wochen erbracht werden. Sie können für einen längeren Zeitraum erbracht werden, wenn dies erforderlich ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen.

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

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

1. einer Kindererziehung,

2. eines Wehrdienstes oder Zivildienstes,

3. eines 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. Die Rentenversicherung für Bezieher von Erwerbsschadensausgleich ist in der knappschaftlichen Rentenversicherung durchzuführen, wenn der Erwerbsschadensausgleich für eine Beschäftigung gewährt wird, für die Beiträge zur knappschaftlichen Rentenversicherung gezahlt werden.

### § 166 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter

(1) Beitragspflichtige Einnahmen sind

1. bei Personen, die als Wehr- oder Zivildienstleistende versichert sind, 80 Prozent der Bezugsgröße; bei Teilzeitbeschäftigung wird dieser Prozentsatz mit dem Teilzeitanteil vervielfältigt,

1a. bei Personen, die als Wehr- oder Zivildienst Leistende versichert sind und Leistungen nach § 5 oder § 8 Absatz 1 Satz 1 jeweils in Verbindung mit Anlage 1 des Unterhaltssi-

cherungsgesetzes erhalten, das Arbeitsentgelt, das dieser Leistung vor Abzug von Steuern und Beiträgen zugrunde liegt oder läge, mindestens jedoch 80 Prozent der Bezugsgröße; bei Teilzeitbeschäftigung wird dieser Prozentsatz mit dem Teilzeitanteil vervielfältigt,

1b. bei Personen, die in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes versichert sind, die daraus gewährten Dienstbezüge in dem Umfang, in dem sie bei Beschäftigten als Arbeitsentgelt zu berücksichtigen wären,

1c. bei Personen, die als frühere Soldaten auf Zeit Übergangsgebührnisse beziehen, die nach dem Soldatenversorgungsgesetz gewährten Übergangsgebührnisse; liegen weitere Versicherungsverhältnisse vor, ist beitragspflichtige Einnahme höchstens die Differenz aus der Beitragsbemessungsgrenze und den beitragspflichtigen Einnahmen aus den weiteren Versicherungsverhältnissen,

1d. bei Personen, die Erwerbsschadensausgleich nach dem Soldatenentschädigungsgesetz beziehen, der gewährte Erwerbsschadensausgleich,

2. bei Personen, die Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung oder Krankengeld der Soldatenentschädigung beziehen, 80 vom Hundert des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 vom Hundert des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem nicht geringfügigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind, und bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung das dem Krankengeld zugrunde liegende Einkommen nicht zu berücksichtigen ist,

2a. bei Personen, die im Anschluss an den Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches Verletztengeld beziehen, monatlich der Betrag von 205 Euro,

2b. bei Personen, die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen; wird dieses Krankengeld nach § 47b des Fünften Buches gezahlt, gilt Nummer 2,

2c. bei Personen, die Teilarbeitslosengeld beziehen, 80 vom Hundert des dieser Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts,

2d. bei Personen, die von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, das diesen Leistungen zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen,

2e. bei Personen, die Krankengeld nach § 45 Absatz 1 oder Absatz 1a des Fünften Buches oder Verletztengeld nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches in Verbindung mit § 45 Absatz 1 oder Absatz 1a 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 sekundierten Personen das Arbeitsentgelt und die Leistungen nach § 9 des Sekundierungsgesetzes; im Übrigen gilt Nummer 4 entsprechend,

4c. bei sonstigen im Ausland beschäftigten Personen, die auf Antrag versicherungspflichtig sind, das Arbeitsentgelt,

5. bei Personen, die für Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind, 80 vom Hundert des zuletzt für einen vollen Kalendermonat versicherten Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens.

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

1. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 5 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 des Elften Buches

   a) 100 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,

   b) 85 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,

   c) 70 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,

2. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 4 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 4 des Elften Buches

   a) 70 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,

   b) 59,5 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,

   c) 49 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,

3. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 3 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 3 des Elften Buches

a) 43 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,

b) 36,55 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,

c) 30,1 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,

4. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 2 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 des Elften Buches

a) 27 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,

b) 22,95 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,

c) 18,9 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht.

Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus (Mehrfachpflege), sind die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 entsprechend dem nach § 44 Absatz 1 Satz 3 des Elften Buches festgestellten prozentualen Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand je pflegebedürftiger Person aufzustellen. Werden mehrere Pflegebedürftige gepflegt, ergeben sich die beitragspflichtigen Einnahmen jeweils nach den Sätzen 1 und 2.

(3) (weggefallen)

## § 170 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

(1) Die Beiträge werden getragen

1. bei Wehr- oder Zivildienstleistenden, früheren Soldaten auf Zeit während des Bezugs von Übergangsgebührnissen nach dem Soldatenversorgungsgesetz, 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 die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt,

b) Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Krankengeld der Soldatenentschädigung, 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 dass der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen die Geringfügigkeitsgrenze 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, bei sekundierten Personen oder bei sonstigen im Ausland beschäftigten Personen von den antragstellenden Stellen,

4a. bei Personen, die Erwerbsschadensausgleich nach dem Soldatenentschädigungsgesetz beziehen, von der antragstellenden Stelle.

5. bei Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld von den Versicherten selbst,

6. bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen, die einen

a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von der Pflegekasse,

b) in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfreien Pflegebedürftigen pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,

c) Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig; ist ein Träger der Rentenversicherung Festsetzungsstelle für die Beihilfe, gelten die Beiträge insoweit als gezahlt; dies gilt auch im Verhältnis der Rentenversicherungsträger untereinander.

(2) Bezieher von Krankengeld, Pflegeunterstützungsgeld oder Verletztengeld, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind, tragen die Beiträge in Höhe des Vomhundertsatzes, den sie zu tragen hätten, wenn sie in der allgemeinen Rentenversicherung versichert wären; im Übrigen tragen die Beiträge die Leistungsträger. Satz 1 gilt entsprechend für Bezieher von Vorruhestandsgeld, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind.

### § 173 Grundsatz

Die Beiträge sind, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, von denjenigen, die sie zu tragen haben (Beitragsschuldner), unmittelbar an die Träger der Rentenversicherung zu zahlen.

### § 176 Beitragszahlung und Abrechnung bei Bezug von Sozialleistungen, bei Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen

(1) Soweit Personen, die Krankengeld, Pflegeunterstützungsgeld oder Verletztengeld beziehen, an den Beiträgen zur Rentenversicherung beteiligt sind, zahlen die Leistungsträger die Beiträge an die Träger der Rentenversicherung. Als Leistungsträger gelten bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld auch private Versicherungsunternehmen, Festsetzungsstellen für die Beihilfe und Dienstherren. Für den Beitragsabzug gilt § 28g Satz 1 des Vierten Buches entsprechend.

(2) Das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge für Bezieher von Sozialleistungen können die Leistungsträger und die Deutsche Rentenversicherung Bund durch Vereinbarung regeln. Bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld gilt § 176a entsprechend.

(3) Ist ein Träger der Rentenversicherung Träger der Rehabilitation, gelten die Beiträge als gezahlt. Satz 1 gilt entsprechend bei Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen oder entsprechenden Leistungen bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches.

### § 191 Meldepflichten bei sonstigen versicherungspflichtigen Personen

Eine Meldung nach § 28a 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, für Personen, die für eine begrenzte Zeit im Ausland beschäftigt sind, für sekundierte Personen oder für sonstige im Ausland beschäftigte Personen die antragstellenden Stellen.

§ 28a Abs. 5 sowie die §§ 28b und 28c des Vierten Buches gelten entsprechend.

## Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Siebtes Buch (VII) Gesetzliche Unfallversicherung [SGB VII]

### § 45 Voraussetzungen für das Verletztengeld

(4) Im Fall der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines durch einen Versicherungsfall verletzten Kindes gilt § 45 des Fünften Buches entsprechend mit der Maßgabe, dass

1. das Verletztengeld 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts beträgt und
2. das Arbeitsentgelt bis zu einem Betrag in Höhe des 450. Teils des Höchstjahresarbeitsverdienstes zu berücksichtigen ist.

Erfolgt die Berechnung des Verletztengeldes aus Arbeitseinkommen, beträgt dies 80 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens bis zu einem Betrag in Höhe des 450. Teils des Höchstjahresarbeitsverdienstes.

## Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen [SGB IX]

### § 2 Begriffsbestimmungen

(1) Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.

## Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) Soziale Pflegeversicherung [SGB XI]

### § 13 Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen

(1) Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen Den Leistungen der Pflegeversicherung gehen folgende Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit vor:

1. Entschädigungsleistungen nach dem Vierzehnten Buch und nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Vierzehnten Buches vorsehen,

   ...

(3) Die Leistungen der Pflegeversicherung gehen den Fürsorgeleistungen zur Pflege

1. nach dem Zwölften Buch,

2. nach dem Lastenausgleichsgesetz, dem Reparationsschädengesetz und dem Flüchtlingshilfegesetz

vor, soweit dieses Buch nichts anderes bestimmt. Leistungen zur Pflege nach diesen Gesetzen sind zu gewähren, wenn und soweit Leistungen der Pflegeversicherung nicht erbracht werden oder diese Gesetze dem Grunde oder der Höhe nach weitergehende Leistungen als die Pflegeversicherung vorsehen. Die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Neunten Buch, die Leistungen zur Teilhabe nach dem Vierzehnten Buch, die Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Soldatenentschädigungsgesetz und die Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch bleiben unberührt, sie sind im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig; die notwendige Hilfe in den Einrichtungen und Räumlichkeiten nach § 71 Abs. 4 ist einschließlich der Pflegeleistungen zu gewähren.

**Anlage 1 (zu § 15) Einzelpunkte der Module 1 bis 6; Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul**

**Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität**

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

| Ziffer | Kriterien | 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 sehr selten | selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen) | häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich) | täglich |
|---|---|---|---|---|---|
| 3.1 | Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten | 0 | 1 | 3 | 5 |
| 3.2 | Nächtliche Unruhe | 0 | 1 | 3 | 5 |
| 3.3 | Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten | 0 | 1 | 3 | 5 |
| 3.4 | Beschädigen von Gegenständen | 0 | 1 | 3 | 5 |

| Ziffer | Kriterien | nie oder sehr selten | selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen) | häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich) | täglich |
|---|---|---|---|---|---|
| 3.5 | Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen | 0 | 1 | 3 | 5 |
| 3.6 | Verbale Aggression | 0 | 1 | 3 | 5 |
| 3.7 | Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten | 0 | 1 | 3 | 5 |
| 3.8 | Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen | 0 | 1 | 3 | 5 |
| 3.9 | Wahnvorstellungen | 0 | 1 | 3 | 5 |
| 3.10 | Ängste | 0 | 1 | 3 | 5 |
| 3.11 | Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage | 0 | 1 | 3 | 5 |
| 3.12 | Sozial inadäquate Verhaltensweisen | 0 | 1 | 3 | 5 |
| 3.13 | Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen | 0 | 1 | 3 | 5 |

**Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung**

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien: Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12. Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 bis 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

| Ziffer | Kriterien | 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 für die Kriterien der Ziffern 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung „überwiegend inkontinent“ oder „vollständig inkontinent“ getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

**Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13**

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

| Ziffer | Kriterien | entfällt | teilweise | vollständig |
|---|---|---|---|---|
| 4.13 | Ernährung 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 der Ziffern 4.1 bis 4.13 durch das Kriterium 4.K ersetzt und wie folgt gewertet:

| Ziffer | Kriterien | 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 | | 0 | | | |
| Umrechnungen in Maßnahmen pro Tag | | 0 | | | |

| Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Maßnahme pro Tag | keine oder seltener als einmal täglich | mindestens einmal bis maximal dreimal täglich | mehr als dreimal bis maximal achtmal täglich | mehr als achtmal täglich |
| Einzelpunkte | 0 | 1 | 2 | 3 |

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.7 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht 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 pro Woche durch 7 geteilt.

**Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11**

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

| Ziffer | Kriterien in Bezug auf | entfällt oder 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 | | | |
| Umrechnungen in Maßnahmen pro Tag | | 0 | | | |

| Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Maßnahme pro Tag | keine oder seltener als einmal wöchentlich | ein- bis mehrmals wöchentlich | ein- bis unter dreimal täglich | mindestens dreimal täglich |
| Einzelpunkte | 0 | 1 | 2 | 3 |

Für jedes der Kriterien 5.8 bis 5.11 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer voraussichtlich für mindestens sechs Monate vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht 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 folgenden 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 |

| Ziffer | Kriterien | entfällt oder selbstständig | wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit | monatliche Häufigkeit multipliziert mit |
|---|---|---|---|---|
| 5.K | Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern | 0 | 4,3 | 1 |

Für jedes der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, erfasst. Jeder regelmäßige monatliche Besuch wird mit einem Punkt gewertet. Jeder regelmäßige wöchentliche Besuch wird mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen, werden sie doppelt gewertet.

Die Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K - werden addiert. Die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K - werden anhand der Summe der so erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

| Summe | Einzelpunkte |
|---|---|
| 0 bis unter 4,3 | 0 |
| 4,3 bis unter 8,6 | 1 |
| 8,6 bis unter 12,9 | 2 |
| 12,9 bis unter 60 | 3 |
| 60 und mehr | 6 |

**Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16**

Die Ausprägung des Kriteriums der Ziffer 5.16 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

| Ziffer | Kriterium | 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 | Kriterium | 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 | Sich Beschäftigen | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6.4 | Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6.5 | Interaktion mit Personen im 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 Fähigkeiten im Modul**

| Module | | Gewichtung | 0<br>Keine | 1<br>Geringe | 2<br>Erhebliche | 3<br>Schwere | 4<br>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 selbstständiger 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 | | | | | | | |

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

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

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind; für die Zeit des Bezugs von Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch bleibt die Versicherungspflicht unberührt,

2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 des Dritten Buches) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,

2a. Personen in der Zeit, für die sie Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches beziehen, auch wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden,

3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler, die nach § 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versicherungspflichtig sind,

4. selbstständige Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,

5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe, in Berufsbildungswerken oder in ähnlichen Einrichtungen für behinderte Menschen für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,

6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Berufsfindung oder Arbeitserprobung, es sei denn, sie gehören zu dem Personenkreis § 151 des Vierzehnten Buches oder des § 81 Absatz 3 des Soldatenentschädigungsgesetzes,

7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 226 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit oder bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches tätig sind,

8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,

9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,

10. Personen, die zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt beschäftigt sind oder die eine Fachschule oder Berufsfachschule besuchen oder eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten (Praktikanten), längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; 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, 11b 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, bis zu deren Außerkrafttreten einen Anspruch auf Heilbehandlung oder Krankenbehandlung hatten,

1a. nach § 42 Absatz 2, 3 oder 4 des Vierzehnten Buches leistungsberechtigt sind,

2. Kriegsschadenrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz beziehen,

3. nach § 145 Absatz 2 Nummer 4 des Vierzehnten Buches oder nach § 84 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Nummer 4 des Soldatenentschädigungsgesetzes ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz weiter erhalten oder Leistungen zum Lebensunterhalt nach § 93 des Vierzehnten Buches beziehen,

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.

(4a) Die Absätze 1 und 3 gelten entsprechend für Mitglieder von Solidargemeinschaften, deren Mitgliedschaft gemäß § 176 Absatz 1 des Fünften Buches als ein mit dem Anspruch auf freie Heilfürsorge oder einer Beihilfeberechtigung vergleichbarer

Anspruch im Sinne des § 193 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 des Versicherungsvertragsgesetzes gilt und die ohne die Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft nach § 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes verpflichtet wären, eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen. Eine Kündigung des Versicherungsvertrages wird bei fortbestehender Versicherungspflicht erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist. Sofern ein Mitglied bereits gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist, gilt die Versicherungspflicht nach Satz 1 als erfüllt. § 21a Absatz 2 bleibt unberührt.

(5) Die Absätze 1, 3 und 4 gelten nicht für Personen, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und bereits Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach § 74 Satz 1 Nummer 1 des Vierzehnten Buches oder Pflegeleistungen für Geschädigte nach § 146 Absatz 2 des Vierzehnten Buches in Verbindung mit § 43 des Elften Buches, nach § 44 des Siebten Buches, nach § 16 Nummer 8 des Soldatenentschädigungsgesetzes in Verbindung mit § 17 des Soldatenentschädigungsgesetzes, nach § 34 des Beamtenversorgungsgesetzes oder nach Gesetzen erhalten, die eine entsprechende Anwendung des Vierzehnten Buches vorsehen, sofern sie keine Familienangehörigen haben, für die in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 eine Familienversicherung bestünde.

## § 25 Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 8 oder 11 oder nach § 20 Absatz 3 versicherungspflichtig sind,
3. nicht nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind,
4. nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet.

§ 7 Absatz 1 Satz 3 und 4 und Absatz 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie § 10 Absatz 1 Satz 2 und 3 bis 8 des Fünften Buches gelten entsprechend.

(2) Kinder sind versichert:

1. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt auch bei einer Unterbrechung durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten; wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres; § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend,
4. ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 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 innerhalb der Altersgrenzen nach den Nummern 1, 2 oder 3 familienversichert war; oder die Familienversicherung nur wegen einer Vorrangversicherung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgeschlossen war.

§ 10 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 aufgrund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst oder die Dienstleistungen oder Übungen nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes leisten, für die Dauer des Dienstes bestehen. Dies gilt auch für Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes.

## § 26a Beitrittsrecht

(1) Personen mit Wohnsitz im Inland, die nicht pflegeversichert sind, weil sie zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung am 1. Januar 1995 trotz Wohnsitz im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht oder der Mitversicherung in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung erfüllten, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 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 Pflege-

kasse 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.

## § 42a Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson

(5) ... Die Vergütung erfolgt nach dem durchschnittlichen Gesamtheimentgelt nach § 87a Absatz 1 Satz 1 aller zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtungen im jeweiligen Land. Das durchschnittliche Gesamtheimentgelt wird durch die Landesverbände der Pflegekassen auf Grundlage der am 31. Dezember des vorangehenden Jahres gültigen Gesamtheimentgelte ermittelt und jeweils ab dem 1. April für die Dauer eines Jahres bis zum 31. März festgelegt. Die Landesverbände haben die jeweilige Festlegung der Vergütungshöhe in geeigneter Weise zu veröffentlichen. ...

## § 43a Inhalt der Leistung

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 1, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Absatz 2 genannten Aufwendungen 15 Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 des Neunten Buches vereinbarten Vergütung. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 278 Euro nicht überschreiten. Die Sätze 1 und 2 gelten auch für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3, die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des Neunten Buches erhalten. Wird für die Tage, an denen die Pflegebedürftigen im Sinne der Sätze 1 und 3 zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

## § 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

(1) Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 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. Verstirbt der Pflegebedürftige innerhalb der Pflegezeit, werden die Zuschüsse nach Satz 1 bis zum Ende der Pflegezeit gewährt.

(4) Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 3 beziehen, erhalten für die Dauer des Leistungsbezuges von den in Absatz 3 bezeichneten Organisationen auf Antrag Zuschüsse zur Krankenversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten. Die Zuschüsse belaufen sich auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung als Leistungsträgeranteil nach § 249c des Fünften Buches aufzubringen wäre, und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. Für die Berechnung nach Satz 3 werden der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a Absatz 2 des Fünften Buches zugrunde gelegt. Für Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 3 beziehen und wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, zahlen die in § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e des Sechsten Buches genannten Stellen auf Antrag Beiträge an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung in der Höhe, wie sie bei Eintritt von Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wären. Die von den in § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e des Sechsten Buches genannten Stellen zu zahlenden Beiträge sind auf die Höhe der Beiträge begrenzt, die von diesen Stellen ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für die Dauer des Leistungsbezugs zu tragen wären; die Beiträge dürfen die Hälfte der in der Zeit des Leistungsbezugs vom Beschäftigten an die berufsständische Versorgungseinrichtung zu zahlenden Beiträge nicht übersteigen. § 47a Absatz 2 des Fünften Buches gilt für die Pflegekassen, die Beiträge an berufsständische Versorgungseinrichtungen entrichten, entsprechend.

## § 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung

(1) Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten 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 pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),

2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),

3. Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des gemäß Absatz 3 erlassenen Landesrechts. Durch ein Angebot zur Unterstützung im Alltag können auch mehrere der in Satz 2 Nummer 1 bis 3 genannten Bereiche abgedeckt werden. In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger oder vergleichbar nahestehender Pflegepersonen im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen, Familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.

(2) Angebote zur Unterstützung im Alltag beinhalten die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zur besseren Bewältigung des Pflegealltags, die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorische Hilfestellungen oder andere geeignete Maßnahmen. Die Angebote verfügen über ein Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots sowie eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten enthält. Das Konzept umfasst ferner Angaben zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen sowie dazu, wie eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert werden. Bei wesentlichen Änderungen hinsichtlich der angebotenen Leistungen ist das Konzept entsprechend fortzuschreiben; bei Änderung der hierfür in Rechnung gestellten Kosten sind die entsprechenden Angaben zu aktualisieren.

(3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne der Absätze 1 und 2 einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote und zur regelmäßigen Übermittlung einer Übersicht über die aktuell angebotenen Leistungen und die Höhe der hierfür erhobenen Kosten zu bestimmen. Beim Erlass der Rechtsverordnung sollen sie die gemäß § 45c Absatz 7 beschlossenen Empfehlungen berücksichtigen.

(4) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag nach § 36 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des nach § 36 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nicht überschreiten. Zur Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 bedarf es keiner vorherigen Antragstellung. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Satz 1 bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag entstanden sind. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen nach Satz 1 als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung. Ist vor der Auszahlung der Kostenerstattung nach Satz 1 für den jeweiligen Kalendermonat bereits mehr Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld an den Pflegebedürftigen ausgezahlt worden, als er nach Berücksichtigung des Betrags der zu erstattenden Aufwendungen beanspruchen kann, wird der Kostenerstattungsbetrag insoweit mit dem bereits ausgezahlten Pflegegeldbetrag verrechnet. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5 und 7 bis 9 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt. Die Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b erfolgen unabhängig voneinander.

## § 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung

(1) Der Beitragssatz beträgt, vorbehaltlich des Satzes 2, bundeseinheitlich 3,4 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird grundsätzlich durch Gesetz festgesetzt. Die Bundesregierung wird ermächtigt, den Beitragssatz nach Satz 1 ausschließlich nach Maßgabe des Absatzes 1a durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates anzupassen. Für Personen, bei denen § 28 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 Pflegefachperson im Sinne der Absätze 1 und 2 ist neben dem Abschluss einer Ausbildung als

1. Pflegefachfrau, Pflegefachmann oder Pflegefachperson,
2. Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger,
3. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder
4. Altenpflegerin oder Altenpfleger

eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre erforderlich. Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, gelten auch nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sowie Heilerzieherinnen und Heilerzieher mit einer praktischen Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre als ausgebildete Pflegefachperson. Bei Betreuungsdiensten kann anstelle der verantwortlichen Pflegefachperson eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre (verantwortliche Fachkraft) eingesetzt werden. Die Rahmenfrist nach den Sätzen 1, 2 oder 3 beginnt acht Jahre vor dem Tag, zu dem die verantwortliche Pflegefachperson im Sinne des Absatzes 1 oder 2 bestellt werden soll. Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachperson ist ferner Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde. Anerkennungen als verantwortliche Fachkraft, die im Rahmen der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste erfolgt sind, gelten fort. Für die Anerkennung einer verantwortlichen Fachkraft ist ferner ab dem 1. Januar 2023 ebenfalls Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme im Sinne von Satz 5 durchgeführt wurde.

(4) Keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Absatzes 2 sind

1. stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Teilhabe an Bildung oder zur sozialen Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker Menschen oder von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen,
2. Krankenhäuser sowie
3. Räumlichkeiten,
   a) in denen der Zweck des Wohnens von Menschen mit Behinderungen und der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe für diese im Vordergrund steht,
   b) auf deren Überlassung das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz Anwendung findet und
   c) in denen der Umfang der Gesamtversorgung der dort wohnenden Menschen mit Behinderungen durch Leistungserbringer regelmäßig einen Umfang erreicht, der weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht; bei einer Versorgung der Menschen mit Behinderungen sowohl in Räumlichkeiten im Sinne der Buchstaben a und b als auch in Einrichtungen im Sinne der Nummer 1 ist eine Gesamtbetrachtung anzustellen, ob der Umfang der Versorgung durch Leistungserbringer weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht.

## § 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen schließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Land mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen im Land gemeinsam und einheitlich Rahmenverträge mit dem Ziel, eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Für Pflegeeinrichtungen, die einer Kirche oder Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenverträge auch von der Kirche oder Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Pflegeeinrichtung angehört. Bei Rahmenverträgen über ambulante Pflege sind die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe oder anderer nach Landesrecht für die Sozialhilfe zuständigen Träger, bei Rahmenverträgen über stationäre Pflege die überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe als Vertragspartei am Vertragsschluss zu beteiligen. Die Rahmenverträge sind für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Inland unmittelbar verbindlich. Sie sind von den Landesverbänden der Pflegekassen zu veröffentlichen.

## § 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.

## § 78a Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen vereinbart im Einvernehmen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe mit dem Hersteller einer digitalen Pflegeanwendung innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme der digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis nach Absatz 3 einen Vergütungsbetrag sowie technische und vertragliche Rahmenbedingungen für die Zurverfügungstellung der digitalen Pflegeanwendungen nach § 40a Absatz 4. Die Vereinbarungen gelten ab dem Zeitpunkt der Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen. Kommt innerhalb der Frist nach Satz 1 keine Einigung zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 134 Absatz 3 des Fünften Buches mit der Maßgabe, dass an die Stelle der zwei Vertreter der Krankenkassen zwei Vertreter der Pflegekassen und an die Stelle der zwei Vertreter der Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen zwei Vertreter der Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen treten. An den Sitzungen der Schiedsstelle können anstelle der Vertreter der Patientenorganisationen nach § 140f des Fünften Buches Vertreter der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 beratend teilnehmen. Der Hersteller übermittelt dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Vorbereitung der Verhandlungen unverzüglich

1. den Nachweis nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 und
2. die Angaben zur Höhe des tatsächlichen Preises bei Abgabe an Selbstzahler und in anderen europäischen Ländern.

Die Hersteller digitaler Pflegeanwendungen stellen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach Aufnahme in das Verzeichnis nach Absatz 3 einen kostenfreien und auf drei Monate beschränkten Zugang zu den digitalen Pflegeanwendungen zur Verfügung.

(3) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte führt ein barrierefreies Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen. § 139e Absatz 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

## § 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen

(2) In der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden für

1. Maßnahmen einschließlich Kapitalkosten, die dazu bestimmt sind, die für den Betrieb der Pflegeeinrichtung notwendigen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter herzustellen, anzuschaffen, wiederzubeschaffen, zu ergänzen, instandzuhalten oder instandzusetzen; ausgenommen sind die zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter), die der Pflegevergütung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 zuzuordnen sind,
2. den Erwerb und die Erschließung von Grundstücken,
3. Miete, Pacht, Erbbauzins, Nutzung oder Mitbenutzung von Grundstücken, Gebäuden oder sonstigen Anlagegütern,
4. den Anlauf oder die innerbetriebliche Umstellung von Pflegeeinrichtungen,
5. die Schließung von Pflegeeinrichtungen oder ihre Umstellung auf andere Aufgaben.

## § 84 Bemessungsgrundsätze

(8) Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1 und 5, des Absatzes 7 und des § 87a zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Leistungen nach § 43b. Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen abgegolten. Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.

(9) Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1 und 5, des Absatzes 7 und des § 87a zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Unterstützung der Leistungserbringung durch zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.

## § 85 Pflegesatzverfahren

(8) Die Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 8 erfolgt auf der Grundlage, dass

1. die stationäre Pflegeeinrichtung für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Pflegebedürftigen über zusätzliches Betreuungspersonal, in vollstationären Pflegeeinrichtungen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,
2. in der Regel für jeden Pflegebedürftigen 5 Prozent der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und
3. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Pflegebedürftige nicht erbracht wird.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind von der stationären Pflegeeinrichtung im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des stationären Pflegevertrages nachprüfbar und deutlich darauf hinzuweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot besteht. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.

(9) Die Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 9 Satz 1 durch die Vertragsparteien nach Absatz 2 erfolgt auf der Grundlage, dass

1. die vollstationäre Pflegeeinrichtung über zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal verfügt,
   a) dass über eine abgeschlossene, landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr verfügt, oder
   b) dass berufsbegleitend eine Ausbildung im Sinne von Buchstabe a begonnen hat oder
   c) für das die vollstationäre Pflegeeinrichtung sicherstellt, dass es spätestens bis zum Ablauf von zwei Jahren nach Vereinbarung des Vergütungszuschla-

ges nach § 84 Absatz 9 Satz 1 oder nach der Mitteilung nach Absatz 11 Satz 1 eine berufsbegleitende, landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege beginnen wird, die die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BAnz AT 17.02.2016 B3) erfüllt, es sei denn, dass der Beginn oder die Durchführung dieser Ausbildung aus Gründen, die die Einrichtung nicht zu vertreten hat, unmöglich ist,

2. zusätzliche Stellenanteile im Umfang von bis zu 0,016 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 oder 2, 0,025 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3, 0,032 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 und 0,036 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5, mindestens aber 0,5 Vollzeitäquivalenten, für den Pflegesatzzeitraum finanziert werden,

3. notwendige Ausbildungsaufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal, das eine Ausbildung im Sinne von Nummer 1 Buchstabe b oder c durchläuft, finanziert werden, soweit diese Aufwendungen nicht von einer anderen Stelle finanziert werden,

4. die Aufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden und

5. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die vollstationäre Pflegeeinrichtung nicht über zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal verfügt, das über das nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhaltende Personal hinausgeht.

Bei Pflegehilfskräften, die sich im Sinne von Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b oder c in einer Ausbildung befinden, kann die Differenz zwischen dem Gehalt einer Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung nur berücksichtigt werden, wenn die Pflegehilfskraft beruflich insgesamt ein Jahr tätig war. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.

## § 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung

(1) Die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe und der ergänzenden Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Sie muss leistungsgerecht sein. Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos. Eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

## § 90 Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des 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.

## § 92c Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen

(1) Ambulante Pflegeeinrichtungen können Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen mit den Vertragsparteien nach § 89 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 bis 3 und mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich schließen. Die Verträge regeln auf der Grundlage der Empfehlungen nach Absatz 5 und unter entsprechender Anwendung von § 89

1. ein Basispaket mit körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung gemäß § 36, deren Organisation eigens von der ambulanten Pflegeeinrichtung zur gemeinsamen und individuellen Leistungsinanspruchnahme der Pflegebedürftigen übernommen und deren Erbringung insgesamt sichergestellt wird,

2. eine über das Basispaket in Nummer 1 nach Art und Inhalt hinausgehende Versorgung der Pflegebedürftigen mit körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung gemäß § 36, die über die ambulante Pflegeeinrichtung gewährleistet wird; diese Leistungen können auf Wunsch des Pflegebedürftigen auch Angehörige, Pflegepersonen und ehrenamtlich Tätige oder Dritte erbringen,

3. eine Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 des Fünften Buches als Teil des in Nummer 1 genannten Basispakets sowie eine nach Art und Inhalt über das Basispaket hinausgehende Versorgung mit diesen Leistungen,

4. die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der ambulanten Pflegeeinrichtung zur Erbringung der Leistungen nach den Nummern 1 bis 3,

5. Maßnahmen zur Qualitätssicherung einschließlich eines Qualitätsmanagements sowie die Verpflichtung zur Mitwirkung an Maßnahmen nach den §§ 114 und 114a und

6. die Vergütung und Abrechnung der Leistungen nach den Nummern 1 bis 3 unter Einbezug der bestehenden Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen; hinsichtlich der in den Nummern 1 und 3 genannten Basispakete ist § 87a Absatz 1 entsprechend anzuwenden.

Bei der Vereinbarung einer Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach Satz 2 Nummer 3, die über das Basispaket hinausgehen, sind die Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 des Fünften Buches zugrunde zu legen; § 132a Absatz 4 Satz 1 bis 10 und 16 bis 18 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(2) Voraussetzung für den Vertragsabschluss nach Absatz 1 ist, dass

1. mehr als zwei pflegebedürftige Personen zur gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung zusammenleben und die räumliche Gestaltung einer selbstbestimmten Versorgung entspricht und

2. eine qualitätsgesicherte pflegerische Versorgung für die Pflegebedürftigen auf Grundlage eines entsprechenden Versorgungskonzeptes sowie ein aufgaben- und kompetenzorientierter Personaleinsatz sichergestellt ist.

Mit Vertragsabschluss obliegt der ambulanten Pflegeeinrichtung nach Absatz 1 Satz 1 die Verantwortung für die Qualität der Leistungen nach Absatz 1 Satz 2 in der gemeinschaftlichen Wohnform, die von ihr selbst oder im Rahmen einer Kooperation von einem Pflegedienst im Sinne des § 71 Absatz 1 oder von einem Betreuungsdienst im Sinne des § 71 Absatz 1a erbracht werden. Betreuungsdienste im Sinne des § 71 Absatz 1a können keine Verträge nach Absatz 1 Satz 1 schließen. Träger von stationären Pflegeeinrichtungen, die gleichzeitig Träger einer selbständig wirtschaftenden ambulanten Pflegeeinrichtung sind, können einen Vertrag nach Absatz 1 für diese ambulante Pflegeeinrichtung schließen. Hierfür ist der Weg über einen Gesamtversorgungsvertrag nach § 72 Absatz 2 Satz 1 eröffnet.

(3) Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Schiedsstelle nach § 76 festgelegt. Der Schiedsstelle gehören in diesem Fall auch Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen an, die auf die Zahl der Vertreter der Pflegekassen angerechnet werden.

(4) Träger von ambulanten Pflegeeinrichtungen sind nicht zum Abschluss eines Vertrages nach Absatz 1 verpflichtet. Bis zum 1. Januar 2026 geschlossene Verträge auf Basis der Modelle zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach diesem Buch können auf Verlangen des Einrichtungsträgers bis zum Vorliegen der Empfehlungen nach Absatz 5 sowie der Ergebnisse der Modellerprobung gemäß § 125d verlängert werden und sind nach deren Vorliegen innerhalb von zwölf Monaten anzupassen.

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene beschließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe spätestens bis zum 1. Januar 2027 Empfehlungen zu den Vertragsinhalten und Vertragsvoraussetzungen nach den Absätzen 1 und 2. Die Erfahrungen und Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Evaluation der bereits durchgeführten Modelle zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach diesem Buch sind insbesondere hinsichtlich der Kriterien Versorgungssicherheit, Selbstbestimmung und soziale Einbindung der Pflegebedürftigen bei den Empfehlungen nach Satz 1 zu Grunde zu legen. Die vorliegenden Erkenntnisse aus den Modellen nach § 8 Absatz 3a und 3b sowie die Vorgaben des Elften Kapitels zur Qualitätssicherung gemeinschaftlicher Wohnformen im Sinne des Absatzes 1 sind zu beachten. Die Empfehlungen beinhalten auch Aussagen

1. über die erforderliche Anwesenheit und Erreichbarkeit von Personal in den gemeinschaftlichen Wohnformen und

2. darüber, welche Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 des Fünften Buches von dem in Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 genannten Basispaket umfasst sein können.

Die die Empfehlungen beschließenden Parteien arbeiten mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene eng zusammen; die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Werden die Empfehlungen innerhalb der genannten Frist ganz oder teilweise nicht beschlossen, bestellen die Parteien gemeinsam eine unabhängige Schiedsperson. Kommt eine Einigung auf eine Schiedsperson bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen ab der Feststellung der Nichteinigung auf die Empfehlungen nicht zustande, erfolgt eine Bestellung der Schiedsperson durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Die Schiedsperson setzt den betreffenden Empfehlungsinhalt einschließlich der Kostentragung des Verfahrens innerhalb von zwei Monaten nach ihrer Bestellung fest.

(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales zum 1. Januar 2030 einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht über den Stand der abgeschlossenen Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen nach Absatz 1 vor. Der Schwerpunkt des Berichts liegt insbesondere auf der Zahl, dem Standort, der Trägerschaft, der Personalstruktur und -ausstattung, der Vergütung, den Leistungsausgaben und der Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen sowie auf der Qualität der Versorgung im Vergleich zur Versorgung in sonstiger ambulanter und in vollstationärer Pflege. Bei der Evaluation ist auch die Einbeziehung Angehöriger, sonstiger Pflegepersonen und ehrenamtlich Tätiger in die Versorgung zu berücksichtigen.

## § 110 Regelungen für die private Pflegeversicherung

(1) Um sicherzustellen, dass die Belange der Personen, die nach § 23 zum Abschluss eines Pflegeversicherungsvertrages bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet sind, ausreichend gewahrt werden und dass die Verträge auf Dauer erfüllbar bleiben, ohne die Interessen der Versicherten anderer Tarife zu vernachlässigen, werden die im Geltungsbereich dieses Gesetzes zum Betrieb der Pflegeversicherung befugten privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet,

1. mit allen in § 22 und § 23 Abs. 1, 3 und 4 genannten versicherungspflichtigen Personen auf Antrag einen Versicherungsvertrag abzuschließen, der einen Versicherungsschutz in dem in § 23 Abs. 1 und 3 festgelegten Umfang vorsieht (Kontrahierungszwang); dies gilt auch für das nach § 23 Abs. 2 gewählte Versicherungsunternehmen,

2. in den Verträgen, die Versicherungspflichtige in dem nach § 23 Abs. 1 und 3 vorgeschriebenen Umfang abschließen,

   a) keinen Ausschluss von Vorerkrankungen der Versicherten,

   b) keinen Ausschluss bereits pflegebedürftiger Personen,

   c) keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung (§ 33 Abs. 2),

   d) keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten,

   e) keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt, bei Personen, die nach § 23 Abs. 3 einen Teilkostentarif abgeschlossen haben, keine Prämienhöhe, die 50 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung übersteigt,

   f) die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 festgelegt,

   g) für Ehegatten oder Lebenspartner ab dem Zeitpunkt des Nachweises der zur Inanspruchnahme der Beitragsermäßigung berechtigenden Umstände keine Prämie in Höhe von mehr als 150 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung,

wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das die in § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 genannten Einkommensgrenzen überschreitet,

vorzusehen.

(2) Die in Absatz 1 genannten Bedingungen gelten für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes Mitglied bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen sind oder sich nach Artikel 41 des Pflege-Versicherungsgesetzes innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. Die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 Buchstabe a bis f genannten Bedingungen gelten auch für Verträge mit Personen, die im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind. Für Personen, die im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach § 152 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vermindert, und für Personen, die Mitglied in einer in § 176 Absatz 1 des Fünften Buches genannten Solidargemeinschaft sind und deren Beitrag zur Solidargemeinschaft sich nach § 176 Absatz 5 des Fünften Buches vermindert, darf der Beitrag 50 vom Hundert des sich nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e ergebenden Beitrags nicht übersteigen; die Beitragsbegrenzung für Ehegatten oder Lebenspartner nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe g gilt für diese Versicherten nicht. Würde allein durch die Zahlung des Beitrags zur Pflegeversicherung nach Satz 2 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches entstehen, gilt Satz 3 entsprechend; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen.

(3) Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die erst nach Inkrafttreten dieses Gesetzes Mitglied eines privaten Krankenversicherungsunternehmens mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen werden oder die der Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügen, gelten, sofern sie in Erfüllung der Vorsorgepflicht nach § 22 Abs. 1 und § 23 Abs. 1, 3, 4 und 4a geschlossen werden und Vertragsleistungen in dem in § 23 Abs. 1 und 3 festgelegten Umfang vorsehen, folgende Bedingungen:

1. Kontrahierungszwang,
2. kein Ausschluss von Vorerkrankungen der Versicherten,
3. keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht,
4. keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung,
5. für Versicherungsnehmer, die über eine Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in ihrer privaten Pflegeversicherung oder privaten Krankenversicherung verfügen, keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt; Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e gilt,
6. beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 festgelegt.

(4) Rücktritts- und Kündigungsrechte der Versicherungsunternehmen sind ausgeschlossen, solange der Kontrahierungszwang besteht.

(5) Die Versicherungsunternehmen haben den Versicherten Akteneinsicht zu gewähren. Sie haben die Berechtigten über das Recht auf Akteneinsicht zu informieren, wenn sie das Ergebnis einer Prüfung auf Pflegebedürftigkeit mitteilen. § 25 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

## § 142a Übergangsregelung für eine telefonische Begutachtung

(1) Um die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ergänzend oder alternativ zu einer Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich zu ermöglichen, hat der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Richtlinien nach § 17 Absatz 1 unter Berücksichtigung der Maßgaben des Absatzes 2 anzupassen. § 17 Absatz 1 Satz 2 bis 6 findet Anwendung.

(2) Den Anpassungen nach Absatz 1 sind die Ergebnisse mindestens einer durch den Medizinischen Dienst Bund oder durch einen Medizinischen Dienst nach § 278 des Fünften Buches beauftragten pflegewissenschaftlichen Studie zugrunde zu legen, die fachlich begründete Aussagen dazu trifft, ob, in welchen Fallkonstellationen und jeweils unter welchen Voraussetzungen eine Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch ein strukturiertes telefonisches Interview ergänzend oder alternativ zur Untersuchung des Antragstellers in seinem Wohnbereich erfolgen kann. Die Studien nach Satz 1 haben ebenfalls Aussagen darüber zu beinhalten, ob die Ergebnisse zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch ein strukturiertes telefonisches Interview im Hinblick auf den festzustellenden Pflegegrad und die gutachterlichen Empfehlungen und Stellungnahmen nach dem Zweiten Kapitel den Ergebnissen einer persönlichen Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich gleichzusetzen sind. Eine Begutachtung aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ist ausgeschlossen, wenn

1. es sich um eine erstmalige Untersuchung des Antragstellers handelt, in der geprüft wird, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt,
2. es sich um eine Untersuchung aufgrund eines Widerspruchs gegen eine Entscheidung der Pflegekasse zum festgestellten Pflegegrad handelt,
3. es sich um eine Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern handelt oder
4. die der Begutachtung unmittelbar vorangegangene Begutachtung das Ergebnis enthält, dass Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 Absatz 1 nicht vorliegt.

Sowohl Personen- und Altersgruppen als auch Begutachtungsanlässe und Begutachtungssituationen, in denen eine Begutachtung durch ein strukturiertes telefonisches Interview aus fachlicher Sicht entweder nicht oder nur bei Anwesenheit einer weiteren Person, die die antragstellende Person bei der Begutachtung unterstützt, angezeigt ist, sind in den Anpassungen nach Absatz 1 abschließend aufzuführen. Für Fallkonstellationen nach Satz 4 ist eine ergänzende oder alternative Begutachtung aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ausgeschlossen oder, sofern die Anwesenheit einer weiteren Person zur Unterstützung bei der Begutachtung angezeigt ist, nur bei Anwesenheit einer weiteren Person möglich; die Anwesenheit der Unterstützungsperson ist vor Beginn der Begutachtung festzustellen. Gutachterinnen und Gutachter, die strukturierte telefonische Interviews durchführen, müssen über Vorerfahrungen in der Begutachtung mittels persönlicher Untersuchung von Versicherten in deren Wohnbereich verfügen; weitere Einzelheiten zu der Qualifikation von Gutachterinnen und Gutachtern sind in den Anpassungen nach Absatz 1 vorzugeben.

(3) § 17 Absatz 2 findet Anwendung. Eine Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit wird frühestens am 15. August 2023 wirksam. Die Nichtbeanstandung der nach Absatz 1 angepassten Richtlinien kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Erfüllung dieser Auflagen eine angemessene Frist setzen.

(4) Mit Wirksamwerden der nach Absatz 1 vorgenommenen Anpassungen der Richtlinien nach § 17 Absatz 1 kann abweichend von den entsprechenden Bestimmungen des Zweiten Kapitels die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad ergänzend oder alternativ zur Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews, das auch per Videotelefonie durchgeführt werden kann, erfolgen; bei der Durchführung der Begutachtung per Videotelefonie sind die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten. Der Wunsch des Antragstellers, persönlich in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, geht einer Begutachtung durch ein strukturiertes telefonisches Interview vor. Der Antragsteller ist über sein Wahlrecht nach Satz 2 durch die Gutachterin oder den Gutachter zu informieren; die Entscheidung des Antragstellers ist im Begutachtungsformular schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren.

(5) Der Medizinische Dienst Bund berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2024 über die Erfahrungen der Medizinischen Dienste mit der Durchführung von strukturierten telefonischen Interviews zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und über erforderliche Änderungsbedarfe in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1. Für die Berichterstattung nach Satz 1 beauftragt der Medizinische Dienst Bund eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit der begleitenden Evaluation von Begutachtungen, die auf Grundlage der Anpassungen nach Absatz 1 durchgeführt werden; der Evaluationsbericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich vorzulegen.

### § 145 Besitzstandsschutz für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen in häuslicher Pflege

Für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen, die am 1. Januar 2017 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege haben und in einer Wohnform leben, auf die § 43a in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung keine Anwendung findet, findet § 43a auch in der ab dem 1. Januar 2020 geltenden Fassung keine Anwendung. Wechseln diese pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen nach dem 1. Januar 2017 die Wohnform, findet Satz 1 keine Anwendung, solange sie in einer Wohnform leben, auf die § 43a in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung Anwendung gefunden hätte, wenn sie am 1. Januar 2017 in einer solchen Wohnform gelebt hätten.

## Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) Sozialhilfe [SGB XII]

### § 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.

## Auszug aus dem 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.

## Auszug aus dem Gesetz über die Pflegezeit [Pflegezeitgesetz - PflegeZG]

### § 2 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

(1) Beschäftigte haben das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen.

(2) Beschäftigte sind verpflichtet, dem Arbeitgeber ihre Verhinderung an der Arbeitsleistung und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. Dem Arbeitgeber ist auf Verlangen eine ärztliche Bescheinigung oder eine Bescheinigung einer Pflegefachperson 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 in Textform ankündigen und gleichzeitig erklären, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang die Freistellung von der Arbeitsleistung in Anspruch genommen werden soll. Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, ist auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit anzugeben. Enthält die Ankündigung keine eindeutige Festlegung, ob die oder der Beschäftigte Pflegezeit oder Familienpflegezeit nach § 2 des Familienpflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen will, und liegen die Voraussetzungen beider Freistellungsansprüche vor, gilt die Erklärung als Ankündigung von Pflegezeit. Beansprucht die oder der Beschäftigte nach der Pflegezeit Familienpflegezeit oder eine Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes zur Pflege oder Betreuung desselben pflegebedürftigen Angehörigen, muss sich die Familienpflegezeit oder die Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes unmittelbar an die Pflegezeit anschließen. In diesem Fall soll die oder der Beschäftigte möglichst frühzeitig erklären, ob sie oder er Familienpflegezeit oder eine Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen wird; abweichend von § 2a Absatz 1 Satz 1 des Familienpflegezeitgesetzes muss die Ankündigung spätestens drei Monate vor Beginn der Familienpflegezeit erfolgen. Wird Pflegezeit nach einer Familienpflegezeit oder einer Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes in Anspruch genommen, ist die Pflegezeit in unmittelbarem Anschluss an die Familienpflegezeit oder die Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes zu beanspruchen; sie ist abweichend von Satz 1 dem Arbeitgeber spätestens acht Wochen vor Beginn in Textform anzukündigen.

(4) Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, haben Arbeitgeber und Beschäftigte über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. Hierbei hat der Arbeitgeber den Wünschen der Beschäftigten zu entsprechen, es sei denn, dass dringende betriebliche Gründe entgegenstehen.

(5) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher oder außerhäuslicher Umgebung betreuen. Die Inanspruchnahme dieser Freistellung ist jederzeit im Wechsel mit der Freistellung nach Absatz 1 im Rahmen der Gesamtdauer nach § 4 Absatz 1 Satz 4 möglich. Absatz 1 Satz 2 und die Absätze 2 bis 4 gelten entsprechend. Beschäftigte können diesen Anspruch wahlweise statt des Anspruchs auf Pflegezeit nach Absatz 1 geltend machen.

(6) Beschäftigte sind zur Begleitung eines nahen Angehörigen von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn dieser an einer Erkrankung leidet, die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat, bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig ist und die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt. Beschäftigte haben diese gegenüber dem Arbeitgeber durch ein ärztliches Zeugnis nachzuweisen. Absatz 1 Satz 2, Absatz 3 Satz 1 und 2 und Absatz 4 gelten entsprechend. § 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.

(6a) Beschäftigte von Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten können bei ihrem Arbeitgeber den Abschluss einer Vereinbarung über eine Pflegezeit nach Absatz 1 Satz 1 oder eine sonstige Freistellung nach Absatz 5 Satz 1 oder Absatz 6 Satz 1 beantragen. Der Arbeitgeber hat den Antrag innerhalb von vier Wochen nach Zugang zu beantworten. Eine Ablehnung des Antrags ist zu begründen. Wird eine Pflegezeit oder sonstige Freistellung nach Satz 1 vereinbart, gelten die Absätze 2, 3 Satz 4 und 6 erster Halbsatz, Absatz 4 Satz 1 sowie Absatz 6 Satz 2 und 4 entsprechend.

(7) Ein Anspruch auf Förderung richtet sich nach den §§ 3, 4, 5 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 sowie den §§ 6 bis 10 des Familienpflegezeitgesetzes.

### § 7 Begriffsbestimmungen

(1) Beschäftigte im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer,
2. die zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten,
3. Personen, die wegen ihrer wirtschaftlichen 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 lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner,
3. Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

## Auszug aus dem Gesetz über die Familienpflegezeit [Familienpflegezeitgesetz – FPfZG]

### § 2 Familienpflegezeit

(1) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung für längstens 24 Monate (Höchstdauer) teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Familienpflegezeit). Während der Familienpflegezeit muss die verringerte Arbeitszeit wöchentlich mindestens 15 Stunden betragen. Bei unterschiedlichen wöchentlichen Arbeitszeiten oder einer unterschiedlichen Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit darf die wöchentliche Arbeitszeit im Durchschnitt eines Zeitraums von bis zu einem Jahr 15 Stunden nicht unterschreiten (Mindestarbeitszeit). Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 25 oder weniger Beschäftigten ausschließlich der zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten.

## Auszug aus der Bundesbeihilfeverordnung [BBhV]

### § 46 Bemessung der Beihilfe

(2) Soweit Absatz 3 nichts anderes bestimmt, beträgt der Bemessungssatz für

1. beihilfeberechtigte Personen 50 Prozent,
2. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen 70 Prozent,
3. berücksichtigungsfähige Personen nach § 4 Absatz 1 70 Prozent und
4. berücksichtigungsfähige Kinder sowie Waisen 80 Prozent.

(3) Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für die beihilfeberechtigte Person 70 Prozent. Dies gilt bei mehreren beihilfeberechtigten Personen nur für diejenigen, die den Familienzuschlag nach den §§ 39 und 40 des Bundesbesoldungsgesetzes oder den Auslandszuschlag nach § 53 Absatz 4 Nummer 2 und 2a des Bundesbesoldungsgesetzes beziehen. § 5 Absatz 6 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Satz 2 ist nur dann anzuwenden, wenn einer beihilfeberechtigten Person nicht aus anderen Gründen bereits ein Bemessungssatz von 70 Prozent zusteht. Der Bemessungssatz für beihilfeberechtigte Personen, die Elternzeit in Anspruch nehmen, beträgt 70 Prozent. Der Bemessungssatz für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer beträgt 70 Prozent, wenn ihnen sonst auf Grund einer nach § 5 nachrangigen Beihilfeberechtigung ein Bemessungssatz von 70 Prozent zustände.

## Auszug aus dem zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte [KVLG 1989]

### § 2 Pflichtversicherte

(1) In der Krankenversicherung der Landwirte sind versicherungspflichtig

1. Unternehmer der Land- und Forstwirtschaft einschließlich des Wein- und Gartenbaus sowie der Teichwirtschaft und der Fischzucht (landwirtschaftliche Unternehmer), deren Unternehmen, unabhängig vom jeweiligen Unternehmer, auf Bodenbewirtschaftung beruht und die Mindestgröße erreicht; § 1 Abs. 5 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte gilt,

2. Personen, die als landwirtschaftliche Unternehmer tätig sind, ohne dass ihr Unternehmen die Mindestgröße im Sinne der Nummer 1 erreicht, wenn

   a) ihr landwirtschaftliches Unternehmen die nach § 1 Abs. 5 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte festgesetzte Mindestgröße 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 die Regelaltersgrenze nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte erreicht haben und während der letzten fünfzehn Jahre vor Erreichen der Regelaltersgrenze mindestens sechzig Kalendermonate als landwirtschaftliche Unternehmer nach Nummer 1 oder 2 oder als mitarbeitende Familienangehörige nach Nummer 3 versichert waren, sowie die überlebenden Ehegatten und eingetragenen Lebenspartner (Lebenspartner) dieser Personen,

6. Personen, die die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 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 während der Schwangerschaft und bis zum Ablauf von acht Wochen, in den Fällen des § 3 Absatz 2 Satz 2 des Mutterschutzgesetzes bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Entbindung anstelle von Mutterschaftsgeld Betriebshilfe gewährt wird, wenn die Bewirtschaftung des Unternehmens gefährdet ist. Bei vorzeitigen Entbindungen ist § 3 Absatz 2 Satz 3 des Mutterschutzgesetzes entsprechend anzuwenden.

(4) Die Satzung kann die Betriebshilfe erstrecken auf

1. den Ehegatten oder den Lebenspartner des versicherten landwirtschaftlichen Unternehmers,

2. die versicherten mitarbeitenden Familienangehörigen,

3. Unternehmen, in denen Arbeitnehmer oder versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige ständig beschäftigt werden.

(5) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Maßnahmen nach Satz 1 und die dazu erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher oder elektronischer Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher oder elektronischer Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich oder elektronisch widerrufen werden. Die Krankenkasse darf ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch genannten Stellen übertragen.

### § 48a Tragung der Beiträge bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld

(1) Für versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige, die Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beziehen, tragen die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen oder die Festsetzungsstelle für die Beihilfe des Pflegebedürftigen die Beiträge.

(2) Bei freiwilligen Mitgliedern, die Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beziehen,

werden die Beiträge, soweit sie auf das Pflegeunterstützungsgeld entfallen, zur Hälfte vom Versicherten getragen. Die andere Hälfte dieser Beiträge tragen die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen oder die Festsetzungsstelle für die Beihilfe des Pflegebedürftigen.

### § 49 Zahlung der Beiträge

(1) Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. Abweichend von Satz 1 zahlen die Bundesagentur für Arbeit oder in den Fällen des § 6a des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch die zugelassenen kommunalen Träger die Beiträge für nach § 2 Absatz 1 Nummer 6 versicherungspflichtige Beziehende von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Die Beiträge werden in den Fällen des § 48a Absatz 2 durch die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen oder die Festsetzungsstelle für die Beihilfe gezahlt.

## Auszug aus dem Entwicklungshelfer-Gesetz [EhfG]

### § 1 Entwicklungshelfer

(1) Entwicklungshelfer im Sinne dieses Gesetzes ist, wer

1. in Entwicklungsländern ohne Erwerbsabsicht Dienst leistet, um in partnerschaftlicher Zusammenarbeit zum Fortschritt dieser Länder beizutragen (Entwicklungsdienst),
2. sich zur Leistung des Entwicklungsdienstes gegenüber einem anerkannten Träger des Entwicklungsdienstes für eine ununterbrochene Zeit von mindestens einem Jahr vertraglich verpflichtet hat,
3. für den Entwicklungsdienst nur Leistungen erhält, die dieses Gesetz vorsieht,
4. das 18. Lebensjahr vollendet hat und Deutscher im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes oder Staatsangehöriger eines anderen Mitgliedsstaates der Europäischen Gemeinschaften ist.

## Auszug aus dem Gesetz über die Rechtsstellung der Soldaten [Soldatengesetz - SG]

### § 58b Freiwilliger Wehrdienst als besonderes staatsbürgerliches Engagement

(1) Freiwilligen Wehrdienst als besonderes staatsbürgerliches Engagement kann leisten, wer sich verpflichtet, mindestens sechs und längstens elf Monate Wehrdienst zu leisten.

(2) Die ersten sechs Monate gelten als Probezeit.

(3) Die §§ 37 und 38 gelten entsprechend.

## Auszug aus dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft [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.

## Auszug aus der 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.

HanseMerkur

# Tarife KVS1 und KVS3

**für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung**

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) mit Tarifbedingungen 2009 (TB/KK 2009).

## I. Versicherungsleistungen

Nach Abzug eines ggf. vereinbarten Selbstbehalts (siehe Punkt I. 4.) werden die im Folgenden aufgeführten Leistungen für ambulante Heilbehandlung, für stationäre Heilbehandlung sowie für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie erstattet.

### 1. Ambulante Heilbehandlung

**1.1. Arztbehandlungen** **zu 100 %** **bei Behandlung durch einen Primärarzt**

Hierzu gehören auch Beratungen, Besuche, Sonderleistungen, Strahlendiagnostik und -therapie, ärztliche Wegegebühren und ambulante Behandlungen im Krankenhaus.

**1.2. Arznei- und Verbandmittel** **zu 100 %** **bei Behandlung durch einen Primärarzt**

Arznei- und Verbandmittel werden erstattet, soweit sie ärztlich verordnet sind.

Als Behandlungen durch einen Primärarzt nach den Punkten I. 1.1. und I. 1.2. gelten Behandlungen durch einen Facharzt für Allgemeinmedizin / praktischen Arzt, einen Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, der an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt, einen Facharzt für Frauenheilkunde, für Augenheilkunde oder für Kinderheilkunde. Soll die Erstattung gemäß den Punkten I. 1.1. und I. 1.2. bei sonstigen Facharztbehandlungen wie bei Primärarztbehandlungen erfolgen, muss die Erstbehandlung von einem Primärarzt durchgeführt werden und ist durch die Erstbehandlungsrechnung nachzuweisen. Wird die Erstbehandlung nicht durch einen Primärarzt durchgeführt, reduziert sich die Erstattung nach den Punkten I. 1.1. und I. 1.2. auf **80 %**. Ambulante Operationen zählen als Primärarztbehandlung. Gleiches gilt für die Erstversorgung, wenn in einem akuten Notfall kein Primärarzt zu erreichen ist, für ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen gemäß § 1 (2) b MB/KK 2009 und für von der STIKO empfohlene Schutzimpfungen gemäß der Tarifbedingung zu § 1 (2) MB/KK 2009.

**1.3. Hebammenhilfe und häusliche Behandlungspflege** **zu 100 %**

Hebammenhilfe ist im Rahmen der amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung erstattungsfähig.

Häusliche Behandlungspflege durch anerkannte Pflegedienste ist erstattungsfähig, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist und ärztlich verordnet wurde.

**1.4. Heilmittel** **zu 90 %**

Als Heilmittel gelten Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Ergotherapie, Logopädie, Schwangerschaftsgymnastik, Massagen, medizinische Bäder jeder Art sowie alle anderen Heilmittel gemäß Tarifbedingung b zu § 4 (3) MB/KK 2009.

Wird eine Operation nicht stationär, sondern ambulant durchgeführt, werden in diesem Zusammenhang zu erstattende Heilmittel zu **100 %** vergütet.

**1.5. Hilfsmittel** **zu 100 %**

Hilfsmittel sind technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen ausgleichen oder mildern, sowie lebenserhaltende Hilfsmittel. Als solche gelten z. B.:

1.5.1. Hör- und Sprechhilfen;
Körperersatzstücke (Prothesen, Epithesen) und Orthesen;
die aus medizinischen Fachgeschäften bezogenen Bandagen und Kompressionsstrümpfe, orthopädischen Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, orthopädischen Schuhe, Einlagen und Schuhzurichtungen, Messgeräte für Körperzustände / -funktionen, Insulin- und Medikamentenpumpen, Absauggeräte;
Heimdialysegeräte;
Rollatoren und Krankenfahrstühle;
Stoma- und Inkontinenzversorgungsartikel.

Sauerstoffkonzentratoren, Flüssigsauerstoff, Beatmungsgeräte, Herz- und Atemmonitore sowie Pulsoxymeter werden vom Versicherer zur Verfügung gestellt. Sofern die Versorgung dieser Hilfsmittel nicht über den Versicherer erfolgt, werden die Kosten für den Bezug der Hilfsmittel in der Höhe erstattet, die bei einer Versorgung durch den Versicherer entstanden wären. Die Höhe kann beim Versicherer erfragt werden.

Weiterhin werden Pumpen und technisches Zubehör zur Verabreichung einer künstlichen Ernährung (enterale Ernährung) sowie die entsprechenden medizinischen Nährlösungen erstattet.



HanseMerkur Krankenversicherung AG Siegfried-Wedells-Platz 1 20354 Hamburg Tel.: 040 4119-4119, Fax: -3257 www.hansemerkur.de

Darüber hinaus sind lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein hier genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann.

Hör- und Sprechhilfen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von **1.000 EUR** je Hilfsmittel erstattungsfähig, Körperersatzstücke, Orthesen und orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate bis zu einem Rechnungsbetrag von **15.000 EUR** je Hilfsmittel. Krankenfahrstühle sind bis zu einem Rechnungsbetrag von **12.000 EUR** erstattungsfähig.

Kosten für das Ausleihen, die Reparatur und die Wartung von Hilfsmitteln sowie die Unterweisung im Gebrauch sind ebenfalls erstattungsfähig.

1.5.2. Sehhilfen.

Erstattungen für Sehhilfen oder alternativ für eine Sehschärfenkorrektur mittels Lasertechnologie (wie LASIK-Operationen) sind auf **100 EUR** innerhalb von jeweils 36 Monaten begrenzt.

**1.6. Ambulante psychotherapeutische Behandlung**

Erstattet werden psychotherapeutische Leistungen im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die durch Fachärzte für psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie erbracht werden.

Erstattet werden weiterhin psychotherapeutische Leistungen im Rahmen der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP), die durch Psychologische Psychotherapeuten erbracht werden, die ihre Approbation aufgrund einer den ärztlichen Psychotherapeuten vergleichbaren Ausbildung erhalten haben. Bei Kindern und Jugendlichen kann die Behandlung auch durch einen approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgen.

Voraussetzung für die Erstattung ist, dass dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein ausreichend begründeter Bericht vorgelegt wird und er die Leistungen schriftlich zugesagt hat.

Die Aufwendungen für psychotherapeutische Sitzungen werden **zu 70 %** erstattet. Die Anzahl der Sitzungen ist auf **50** pro Kalenderjahr begrenzt.

**1.7. Naturheilkundliche Heilbehandlungen durch Ärzte und Heilpraktiker**

**zu 80 %**

Es werden die folgenden Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen durch Ärzte und Heilpraktiker bis zu einem Rechnungsbetrag von **1.000 EUR** pro Versicherungsjahr (siehe dazu Tarifbedingung zu § 4 (1) MB/KK 2009) erstattet. Erstattungsfähige Aufwendungen sind die im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung angewandten naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im jeweils geltenden Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen oder im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind, sowie die in diesem Zusammenhang verordneten naturheilkundlichen Arznei-, Verband- und Heilmittel.

Behandlungskosten nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis werden bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet. Unter Regelhöchstsatz ist der 2,3-fache Satz der GOÄ zu verstehen, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8-fache Satz und bei Leistungen nach Abschnitt M der 1,15-fache Satz. Leistungen des Heilpraktikers, die im GebüH geregelt sind, werden ausschließlich im Rahmen des GebüH erstattet; die in der Tarifbedingung zu § 4 (2) MB/KK 2009 vorgesehene Beschränkung auf die Höchstsätze einer ärztlichen Abrechnung entfällt.

Die Rechnungsbeträge, bis zu denen eine Erstattung erfolgt, sind im 1. Versicherungsjahr auf **100 EUR** und im 2. Versicherungsjahr auf **200 EUR** beschränkt. Ab dem 3. Versicherungsjahr gilt der tarifliche Rechnungshöchstbetrag von **1.000 EUR** pro Versicherungsjahr.

Der Versicherer behält sich vor, darüber hinaus Erstattungen für neue, den Grundgedanken der Naturheilkunde entsprechenden Therapien vorzusehen, die über das Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen hinausgehen.

§ 4 (6) MB/KK 2009 findet für den genannten Leistungsbereich keine Anwendung.

**1.8. Hausentbindungen**

Bei Hausentbindungen wird neben der Kostenerstattung gemäß den Punkten I. 1.1. bis I. 1.7. zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen (z. B. Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege) ein Betrag von **500 EUR** gezahlt. Dieser Betrag wird nicht auf tariflich vereinbarte Selbstbehalte angerechnet. Ein ggf. bestehender Anspruch auf Beitragsrückerstattung bleibt bei Inanspruchnahme von Leistungen gemäß Punkt I. 1.8. erhalten.

**1.9. Zusätzliche Vorsorgeleistungen** **zu 100 %**

Folgende Aufwendungen für ärztliche Leistungen im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen werden erstattet:

**Für Kinder (Alter 0 - 14 Jahre):**

Zusätzliche Kindervorsorgeuntersuchung im Alter von 8, 10, 12 und 14 Jahren (jeweils einmalig).

**Für Jugendliche (Alter 15 - 19 Jahre):**

Eine Jugendvorsorgeuntersuchung (Vergütung analog einer Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten eines Erwachsenen).

**Für Erwachsene:**

a) Erweiterte Krebsvorsorge (einmal innerhalb von drei Jahren):
Für Frauen ab dem vollendeten 20. Lebensjahr:
Gynäkologische Anamnese und Beratung; Ultraschall der Gebärmutter, der Eierstöcke, eines weiteren inneren Organs; Blutentnahme, Blutbild, Differenzialblutbild; Nativpräparat; Urin-Teststreifen.
Für Männer ab dem vollendeten 45. Lebensjahr:
Urologische Anamnese und Beratung; Ultraschall der Prostata, der Nieren, eines weiteren inneren Organs; PSA-Test; Blutentnahme, Blutbild, Differenzialblutbild; Urin-Teststreifen.

b) Ab dem vollendeten 20. Lebensjahr bis zum vollendeten 34. Lebensjahr (einmal innerhalb von vier Jahren):
Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten; Lungenfunktionsprüfung; Belastungs-EKG; Blutentnahme; Blutsenkung, Blutbild, Differenzialblutbild; Blutuntersuchung (Glukose, CRP, Cholesterin, HDL-, LDL-Cholesterin, Harnsäure, Harnstoff, Kreatinin, Gamma-GT, GPT, GOT); Urin-Teststreifen.

c) Ab dem vollendeten 35. Lebensjahr in Verbindung mit der gesetzlichen Gesundheitsuntersuchung (einmal innerhalb von zwei Jahren):
Lungenfunktionsprüfung; Belastungs-EKG; Blutsenkung, Blutbild, Differenzialblutbild; Blutuntersuchung (CRP, Harnsäure, Harnstoff, Kreatinin, Gamma-GT, GPT, GOT); Urin-Teststreifen.

Leistungen gemäß Punkt I. 1.9. werden bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet. Unter Regelhöchstsatz ist der 2,3-fache Satz der GOÄ zu verstehen, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8-fache Satz und bei Leistungen nach Abschnitt M der 1,15-fache Satz.

Die in der Tarifbedingung zu § 1 (2) b MB/KK 2009 vorgesehenen Leistungseinschränkungen finden keine Anwendung.

**1.10. Ambulante Entwöhnungsbehandlungen zu 70 %**

der erstattungsfähigen Aufwendungen. Erstattungsfähig sind die medizinischen Versorgungskosten von insgesamt bis zu zwei ambulanten Entwöhnungsbehandlungen, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht. Vollständig durch andere Kostenträger finanzierte ambulante Entwöhnungsbehandlungen werden angerechnet. Als medizinische Versorgungskosten gelten ausschließlich die ärztlichen, psychotherapeutischen und medikamentösen Kosten einer maximal sechs Monate dauernden ambulanten Entwöhnungsbehandlung. Voraussetzungen sind, dass eine stoffgebundene Abhängigkeit außer Nikotinsucht vorliegt und dass der Versicherer vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

§ 5 (1) b MB/KK 2009 findet insoweit keine Anwendung.

**1.11. Transportkosten zu 100 %**

Transportkosten bei ambulanter Behandlung sind erstattungsfähig, wenn es sich um einen Rettungstransport handelt oder wenn der Transport wegen Gehunfähigkeit der versicherten Person oder wegen der Folgen ambulant durchgeführter diagnostischer und/oder therapeutischer Maßnahmen (z. B. Dialyse, Chemotherapie, Röntgenbestrahlungen, ambulante Operationen) medizinisch notwendig ist.

**1.12. Digitale Gesundheitsanwendungen zu 100 %**

Voraussetzung ist, dass diese als Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung klassifiziert sind und ihre Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht. Die digitalen Gesundheitsanwendungen müssen dazu bestimmt sein, bei den Versicherten oder im Rahmen ihrer Versorgung durch Leistungserbringer die Gesundheit zu fördern oder die Erkennung, Überwachung und Behandlung ihrer Krankheiten oder Verletzungen zu unterstützen. Voraussetzung ist weiterhin, dass

- sie im Verzeichnis nach § 139e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) enthalten sind und ärztlich verordnet wurden oder
- durch vorherige Kostenzusage als erstattungsfähig anerkannt wurden oder
- durch den Versicherer selbst durch entsprechende Kooperationen mit Anbietern im Gesundheitswesen den Versicherten zur Verfügung gestellt werden.

Die digitalen Gesundheitsanwendungen müssen von den in der Tarifbedingung e zu § 4 (3) MB/KK 2009 genannten Behandelnden verordnet werden.

Der Versicherer behält sich vor, die Kostenerstattung für eine digitale Gesundheitsanwendung auf eine medizinisch sinnvolle Nutzungszeit zu begrenzen.

Die Kosten sind im Umfang der in Tarifbedingung e zu § 4 (3) MB/KK 2009 genannten Höchstsätze erstattungsfähig. Nicht erstattungsfähig sind Kosten, die im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung entstehen, wie Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten etwa für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien.

**Nicht versicherte Leistungen im Bereich ambulante Heilbehandlung**

Nicht erstattungsfähig sind Pflegehilfsmittel (z. B. Adaptions-, Bade-, Mobilitäts- und Toilettenhilfen, Treppenfahrzeuge, Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege, zur Hygiene, zur selbstständigeren Lebensführung, zur Linderung von Beschwerden); Geräte im Zusammenhang mit Fitness und Wellness; Bestrahlungsgeräte; sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen) sowie Betriebs- und Pflegekosten (z. B. Strom, Batterien, Reinigungs- und Pflegemittel).

Ambulante Kuren - mit Ausnahme der in Punkt I. 1.10. zugesagten Maßnahmen - sind nicht erstattungsfähig.

Nicht versichert sind ferner Inseminationen und künstliche Befruchtungen einschließlich der Maßnahmen, die im Rahmen dieser Therapien durchgeführt werden.

**2. Stationäre Heilbehandlung und Entbindung zu 100 %**

**2.1.** Erstattungsfähig sind die Kosten für Allgemeine Krankenhausleistungen gemäß der Bundespflegesatzverordnung (§§ 7 - 8 BPflV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (§ 7 KHEntgG). Dazu gehören:

Pflegesätze;
Fallpauschalen;
Sonderentgelte;
gesondert berechenbare Leistungen eines Belegarztes, einer Beleghebamme bzw. eines Belegentbindungspflegers;
vor- und nachstationäre Heilbehandlung (im Sinne von § 115a SGB V).

Ist für eine Zahnbehandlungs-, Zahnersatz- oder Kieferorthopädiemaßnahme eine stationäre Behandlung medizinisch notwendig, so werden Material- und Laborkosten gemäß Punkt I. 3.2. erstattet.

Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen, werden Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß BPflV oder KHEntgG angefallen wäre.

**2.2.** Erstattet werden die Kosten medizinisch notwendiger Transporte zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus und zurück.

**2.3.** Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Neugeborenen gelten als für die Mutter entstanden. Sie werden im tariflichen Umfang zusammen mit den Entbindungskosten erstattet.

Leistungen für stationäre Heilbehandlung und Entbindung (Punkt I. 2.) werden nicht auf tariflich vereinbarte Selbstbehalte angerechnet. Ein ggf. bestehender Anspruch auf Beitragsrückerstattung bleibt bei Inanspruchnahme von Leistungen gemäß Punkt I. 2. erhalten.

**Nicht versicherte Leistungen im Bereich stationäre Heilbehandlung und Entbindung**

Aufwendungen für gesondert vereinbarte wahlärztliche Behandlung und gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer (Wahlleistungen gemäß § 16 BPflV bzw. § 17 KHEntgG) sowie für stationäre Kur-, Heilstätten- bzw. Sanatoriumsbehandlung sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes. Die Tarifbedingung zu § 5 (1) d MB/KK 2009 findet keine Anwendung.

**3. Zahnärztliche Behandlung**

**3.1. Zahnbehandlung zu 100 %**

Als Zahnbehandlung gelten folgende ambulant durchgeführte Maßnahmen:

Allgemeine zahnärztliche Leistungen, prophylaktische Leistungen, konservierende Leistungen (mit Ausnahme von Kronen und Inlays), chirurgische Leistungen, Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums sowie Röntgenuntersuchungen.

Für Leistungen nach Punkt I. 3.1. erfolgt abweichend von der Tarifbedingung zu § 4 (2) MB/KK 2009 eine Begrenzung auf die Regelhöchstsätze der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ). Diese sind der 2,3-fache Satz für persönliche Leistungen, der 1,8-fache Satz für medizinisch-technische Leistungen und der 1,15-fache Satz für Laborleistungen. Für die Teile der Aufwendungen, die durch Überschreiten der Regelhöchstsätze anfallen, besteht kein Leistungsanspruch.

Erstattungsfähig im Rahmen einer Zahnbehandlung sind weiterhin - auch bei stationärer Behandlung - Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers*) aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden.

**3.2. Zahnersatz und Kieferorthopädie zu 80 %**

Als Zahnersatz gelten folgende ambulant durchgeführte Maßnahmen:

Prothetische Leistungen einschließlich Kronen und Inlays (Einlagefüllungen), Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische sowie implantologische Leistungen.

Erstattungsfähig im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung für Zahnersatz oder Kieferorthopädie - auch bei stationärer Behandlung - sind weiterhin zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers*) aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden.

Zu Beginn der Versicherung gelten für Zahnersatz und Kieferorthopädie insgesamt folgende Erstattungshöchstbeträge:

| | | |
|---|---|---|
| Höchstsatz bis zum Ende des 2. Versicherungsjahres | **insgesamt** | **600 EUR** |
| Höchstsatz bis zum Ende des 4. Versicherungsjahres | **insgesamt** | **1.200 EUR** |
| Höchstsatz bis zum Ende des 6. Versicherungsjahres | **insgesamt** | **2.400 EUR** |
| Höchstsatz ab dem 7. Versicherungsjahr | **pro Jahr** | **4.000 EUR** |

Sind Zahnersatz oder Kieferorthopädie wegen eines Unfalles (siehe Tarifbedingung zu § 1 (1) MB/KK 2009) erforderlich, der nach der Policierung eingetreten ist, so entfallen die Höchstsätze für den jeweiligen Versicherungsfall.

zu Punkt I. 3.1. und I. 3.2.:

Der Versicherer kann das Preis- und Leistungsverzeichnis zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Personen anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz.

*) Das Preis- und Leistungsverzeichnis ist diesen Unterlagen beigefügt.

**4. Selbstbehalt**

**4.1.** In den Tarifen KVS1 und KVS3 erfolgt die tarifliche Leistung nach Abzug eines Selbstbehalts. Der Selbstbehalt beträgt je versicherte Person:

| | Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre | Erwachsene ab 20 Jahre | Personen in der Ausbildungsversion |
|---|---|---|---|
| **Tarif KVS1** | **0 EUR** | **500 EUR** | **500 EUR** |
| **Tarif KVS3** | **0 EUR** | **1.000 EUR** | **1.000 EUR** |

Der Selbstbehalt bezieht sich auf den Gesamtbetrag der in einem Kalenderjahr für die versicherte Person zu erstattenden Beträge. Erstattungspauschalen für Hausentbindungen gemäß Punkt I. 1.8. und Aufwendungen für stationäre Heilbehandlungen und Entbindungen gemäß Punkt I. 2. werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet. Besteht für die versicherte Person eine Zusatzversicherung nach Tarif EKV2, so werden Aufwendungen für bildgebende Verfahren zur Früherkennung bösartiger Neubildungen gemäß Punkt II. 5. c) der zugrundeliegenden Tarifbedingungen des Tarifs EKV2 ebenfalls nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.

**4.2.** Beginnt die Versicherung in den Tarifen KVS1 bzw. KVS3 nicht am 01. Januar eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich der Selbstbehalt für dieses Jahr um 1/12 für jeden nicht versicherten Monat. Diese Regelung gilt auch, wenn der Selbstbehalt anlässlich einer Beitragsanpassung gemäß §§ 8a, 8b MB/KK 2009 unterjährig geändert wird. Werden die Beiträge angepasst (siehe §§ 8a, 8b MB/KK 2009), so kann nach den technischen Berechnungsgrundlagen auch der Selbstbehalt geändert werden.

Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.

**II. Gesundheitsrabatt**

Der Versicherer räumt ab dem 2. Monat nach Versicherungsbeginn bis zum 30.06. des 2. Versicherungsjahres jeder versicherten Person ab dem versicherungstechnischen Alter 20 einen Gesundheitsrabatt in Höhe von **10 %** ein, falls die versicherte Person die vom Versicherer festgelegten Kriterien eines Gesundheits-Checks erfüllt. Der Gesundheits-Check muss spätestens sechs Wochen nach Policierung durchgeführt werden. Die zu erfüllenden Kriterien für den Gesundheitsrabatt können beim Versicherer erfragt werden. Die Unterlagen für den Gesundheits-Check werden vom Versicherer ausgehändigt.

Zum jeweiligen Ablauftermin des Gesundheitsrabatts kann die Rabattvereinbarung um 12 Monate verlängert werden, sofern die versicherte Person die vom Versicherer festgelegten Kriterien des Gesundheits-Checks weiterhin erfüllt. Der Gesundheits-Check muss bis zum Ablauftermin anhand der vom Versicherer ausgehändigten Unterlagen durchgeführt werden

In Ausbildungstarifen ist kein Gesundheitsrabatt vorgesehen.

**III. Optionsrecht auf höherwertigen Versicherungsschutz**

Der Versicherungsnehmer erhält für jede versicherte Person, die sich im 4., 6. oder 8. Versicherungsjahr - gerechnet ab Beginn des Vollversicherungsschutzes - befindet, neben dem Tarifwechselrecht nach § 204 VVG die Möglichkeit, einmalig zu erleichterten Bedingungen in einen höherwertigen Versicherungsschutz der HanseMerkur Krankenversicherung AG zu wechseln, sofern ab Beginn der Krankheitskostenvollversicherung bei der HanseMerkur ununterbrochen Versicherungsschutz nach den Tarifen KVP, KVS1, KVS3, KVG1, KVG2, KVG3, KVE1, KVE2 oder KVE3 bestanden hat. Bei Umstellung im 4. Versicherungsjahr wird auf eine erneute Gesundheitsprüfung und auf Risikozuschläge aufgrund zwischenzeitlich neu aufgetretener Krankheiten verzichtet. Beitragszuschläge oder Leistungseinschränkungen können nur für Diagnosen vergeben werden, die bereits beim bisherigen Versicherungsschutz zu einem Risikozuschlag oder zu Leistungseinschränkungen geführt haben. Bei Umstellung im 6. Versicherungsjahr bzw. im 8. Versicherungsjahr kann für hinzukommende Teile des Versicherungsschutzes (Mehrleistung) ein Risikozuschlag gemäß § 8a (4) MB/KK 2009 verlangt werden, sofern ein erhöhtes Risiko vorliegt. Der für neu festgestellte Diagnosen vergebene Risikozuschlag für die Mehrleistung ist bei Umstellung im 6. Versicherungsjahr auf **50 %** und bei Umstellung im 8. Versicherungsjahr auf **100 %** des auf die Mehrleistung entfallenden Anteils des individuellen Tarifbeitrags beschränkt. Bereits bestehende Risikozuschläge werden bei der jeweiligen Umstellung gemäß § 8a (3) MB/KK 2009 angepasst.

Für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes sind keine Wartezeiten einzuhalten. Für laufende Versicherungsfälle wird ab dem Umstellungstermin nach den dann geltenden Tarifen geleistet.

Eine Umstellung der Versicherung für Kinder, die nach den Bestimmungen der Kindernachversicherung gemäß § 2 (2) und (3) MB/KK 2009 versichert wurden, darf zu erleichterten Bedingungen nur in Tarife erfolgen, die nicht höherwertig als der Versicherungsschutz eines Elternteils sind. Zusätzlich zu den zulässigen Umstellungsterminen kann die Umstellung auch gleichzeitig mit der Ausübung des Optionsrechts eines Elternteils erfolgen. In diesem Fall ist die Versicherungsdauer dieses Elternteils maßgeblich.

**IV. Versicherungsfähigkeit mit anderen Tarifen**

Mit Tarif KVS1 bzw. KVS3 zusammen dürfen mit Ausnahme des Tarifs EKV2 keine anderen Tarife für ambulante oder zahnärztliche Behandlung versichert werden.

**V. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung**

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der Tarifbedingungen.

HanseMerkur

# Tarif KVP

**für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung**

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) mit Tarifbedingungen 2009 (TB/KK 2009).

## I. Versicherungsleistungen

Die im Folgenden aufgeführten Leistungen für ambulante Heilbehandlung, für stationäre Heilbehandlung sowie für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie werden ohne Abzug eines Selbstbehalts erstattet.

### 1. Ambulante Heilbehandlung

**1.1. Arztbehandlungen** **zu 100 %** **bei Behandlung durch einen Primärarzt**

Hierzu gehören auch Beratungen, Besuche, Sonderleistungen, Strahlendiagnostik und -therapie, ärztliche Wegegebühren und ambulante Behandlungen im Krankenhaus.

**1.2. Arznei- und Verbandmittel** **zu 100 %** **bei Behandlung durch einen Primärarzt**

Arznei- und Verbandmittel werden erstattet, soweit sie ärztlich verordnet sind.

Als Behandlungen durch einen Primärarzt nach den Punkten I. 1.1. und I. 1.2. gelten Behandlungen durch einen Facharzt für Allgemeinmedizin / praktischen Arzt, einen Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, der an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt, einen Facharzt für Frauenheilkunde, für Augenheilkunde oder für Kinderheilkunde. Soll die Erstattung gemäß den Punkten I. 1.1. und I. 1.2. bei sonstigen Facharztbehandlungen wie bei Primärarztbehandlungen erfolgen, muss die Erstbehandlung von einem Primärarzt durchgeführt werden und ist durch die Erstbehandlungsrechnung nachzuweisen. Wird die Erstbehandlung nicht durch einen Primärarzt durchgeführt, reduziert sich die Erstattung nach den Punkten I. 1.1. und I. 1.2. auf **80 %**. Ambulante Operationen zählen als Primärarztbehandlung. Gleiches gilt für die Erstversorgung, wenn in einem akuten Notfall kein Primärarzt zu erreichen ist, für ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen gemäß § 1 (2) b MB/KK 2009 und für von der STIKO empfohlene Schutzimpfungen gemäß der Tarifbedingung zu § 1 (2) MB/KK 2009.

**1.3. Hebammenhilfe und häusliche Behandlungspflege** **zu 100 %**

Hebammenhilfe ist im Rahmen der amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung erstattungsfähig.

Häusliche Behandlungspflege durch anerkannte Pflegedienste ist erstattungsfähig, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist und ärztlich verordnet wurde.

**1.4. Heilmittel** **zu 90 %**

Als Heilmittel gelten Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Ergotherapie, Logopädie, Schwangerschaftsgymnastik, Massagen, medizinische Bäder jeder Art sowie alle anderen Heilmittel gemäß Tarifbedingung b zu § 4 (3) MB/KK 2009.

Wird eine Operation nicht stationär, sondern ambulant durchgeführt, werden in diesem Zusammenhang zu erstattende Heilmittel **zu 100 %** vergütet.

**1.5. Hilfsmittel** **zu 100 %**

Hilfsmittel sind technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen ausgleichen oder mildern, sowie lebenserhaltende Hilfsmittel. Als solche gelten z. B.:

1.5.1. Hör- und Sprechhilfen;
Körperersatzstücke (Prothesen, Epithesen) und Orthesen;
die aus medizinischen Fachgeschäften bezogenen Bandagen und Kompressionsstrümpfe, orthopädischen Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, orthopädischen Schuhe, Einlagen und Schuhzurichtungen, Messgeräte für Körperzustände / -funktionen, Insulin- und Medikamentenpumpen, Absauggeräte;
Heimdialysegeräte;
Rollatoren und Krankenfahrstühle;
Stoma- und Inkontinenzversorgungsartikel.

Sauerstoffkonzentratoren, Flüssigsauerstoff, Beatmungsgeräte, Herz- und Atemmonitore sowie Pulsoxymeter werden vom Versicherer zur Verfügung gestellt. Sofern die Versorgung dieser Hilfsmittel nicht über den Versicherer erfolgt, werden die Kosten für den Bezug der Hilfsmittel in der Höhe erstattet, die bei einer Versorgung durch den Versicherer entstanden wären. Die Höhe kann beim Versicherer erfragt werden.

Weiterhin werden Pumpen und technisches Zubehör zur Verabreichung einer künstlichen Ernährung (enterale Ernährung) sowie die entsprechenden medizinischen Nährlösungen erstattet.



HanseMerkur Krankenversicherung AG Siegfried-Wedells-Platz 1 20354 Hamburg Tel.: 040 4119-4119, Fax: -3257 www.hansemerkur.de

Darüber hinaus sind lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein hier genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann.

Hör- und Sprechhilfen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von **1.000 EUR** je Hilfsmittel erstattungsfähig, Körperersatzstücke, Orthesen und orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate bis zu einem Rechnungsbetrag von **15.000 EUR** je Hilfsmittel. Krankenfahrstühle sind bis zu einem Rechnungsbetrag von **12.000 EUR** erstattungsfähig.

Kosten für das Ausleihen, die Reparatur und die Wartung von Hilfsmitteln sowie die Unterweisung im Gebrauch sind ebenfalls erstattungsfähig.

1.5.2. Sehhilfen.

Erstattungen für Sehhilfen oder alternativ für eine Sehschärfenkorrektur mittels Lasertechnologie (wie LASIK-Operationen) sind auf **100 EUR** innerhalb von jeweils 36 Monaten begrenzt.

**1.6. Ambulante psychotherapeutische Behandlung**

Erstattet werden psychotherapeutische Leistungen im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die durch Fachärzte für psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie erbracht werden.

Erstattet werden weiterhin psychotherapeutische Leistungen im Rahmen der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP), die durch Psychologische Psychotherapeuten erbracht werden, die ihre Approbation aufgrund einer den ärztlichen Psychotherapeuten vergleichbaren Ausbildung erhalten haben. Bei Kindern und Jugendlichen kann die Behandlung auch durch einen approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgen.

Voraussetzung für die Erstattung ist, dass dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein ausreichend begründeter Bericht vorgelegt wird und er die Leistungen schriftlich zugesagt hat.

Die Aufwendungen für psychotherapeutische Sitzungen werden **zu 70 %** erstattet. Die Anzahl der Sitzungen ist auf **50** pro Kalenderjahr begrenzt.

**1.7. Naturheilkundliche Heilbehandlungen durch Ärzte und Heilpraktiker**

**zu 80 %**

Es werden die folgenden Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen durch Ärzte und Heilpraktiker bis zu einem Rechnungsbetrag von **1.000 EUR** pro Versicherungsjahr (siehe dazu Tarifbedingung zu § 4 (1) MB/KK 2009) erstattet. Erstattungsfähige Aufwendungen sind die im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung angewandten naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im jeweils geltenden Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen oder im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind, sowie die in diesem Zusammenhang verordneten naturheilkundlichen Arznei-, Verband- und Heilmittel.

Behandlungskosten nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis werden bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet. Unter Regelhöchstsatz ist der 2,3-fache Satz der GOÄ zu verstehen, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8-fache Satz und bei Leistungen nach Abschnitt M der 1,15-fache Satz. Leistungen des Heilpraktikers, die im GebüH geregelt sind, werden ausschließlich im Rahmen des GebüH erstattet; die in der Tarifbedingung zu § 4 (2) MB/KK 2009 vorgesehene Beschränkung auf die Höchstsätze einer ärztlichen Abrechnung entfällt.

Die Rechnungsbeträge, bis zu denen eine Erstattung erfolgt, sind im 1. Versicherungsjahr auf **100 EUR** und im 2. Versicherungsjahr auf **200 EUR** beschränkt. Ab dem 3. Versicherungsjahr gilt der tarifliche Rechnungshöchstbetrag von **1.000 EUR** pro Versicherungsjahr.

Der Versicherer behält sich vor, darüber hinaus Erstattungen für neue, den Grundgedanken der Naturheilkunde entsprechenden Therapien vorzusehen, die über das Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen hinausgehen.

§ 4 (6) MB/KK 2009 findet für den genannten Leistungsbereich keine Anwendung.

**1.8. Hausentbindungen**

Bei Hausentbindungen wird neben der Kostenerstattung gemäß den Punkten I. 1.1. bis I. 1.7. zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen (z. B. Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege) ein Betrag von **500 EUR** gezahlt. Ein ggf. bestehender Anspruch auf die Pauschalerstattung nach Punkt V. oder auf die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung bleibt bei Inanspruchnahme von Leistungen gemäß Punkt I. 1.8. erhalten.

**1.9. Zusätzliche Vorsorgeleistungen** **zu 100 %**

Folgende Aufwendungen für ärztliche Leistungen im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen werden erstattet:

**Für Kinder (Alter 0 - 14 Jahre):**

Zusätzliche Kindervorsorgeuntersuchung im Alter von 8, 10, 12 und 14 Jahren (jeweils einmalig).

**Für Jugendliche (Alter 15 - 19 Jahre):**

Eine Jugendvorsorgeuntersuchung (Vergütung analog einer Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten eines Erwachsenen).

**Für Erwachsene:**

a) Erweiterte Krebsvorsorge (einmal innerhalb von drei Jahren):
Für Frauen ab dem vollendeten 20. Lebensjahr:
Gynäkologische Anamnese und Beratung; Ultraschall der Gebärmutter, der Eierstöcke, eines weiteren inneren Organs; Blutentnahme, Blutbild, Differenzialblutbild; Nativpräparat; Urin-Teststreifen.
Für Männer ab dem vollendeten 45. Lebensjahr:
Urologische Anamnese und Beratung; Ultraschall der Prostata, der Nieren, eines weiteren inneren Organs; PSA-Test; Blutentnahme, Blutbild, Differenzialblutbild; Urin-Teststreifen.

b) Ab dem vollendeten 20. Lebensjahr bis zum vollendeten 34. Lebensjahr (einmal innerhalb von vier Jahren):
Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten; Lungenfunktionsprüfung; Belastungs-EKG; Blutentnahme; Blutsenkung, Blutbild, Differenzialblutbild; Blutuntersuchung (Glukose, CRP, Cholesterin, HDL-, LDL-Cholesterin, Harnsäure, Harnstoff, Kreatinin, Gamma-GT, GPT, GOT); Urin-Teststreifen.

c) Ab dem vollendeten 35. Lebensjahr in Verbindung mit der gesetzlichen Gesundheitsuntersuchung (einmal innerhalb von zwei Jahren):
Lungenfunktionsprüfung; Belastungs-EKG; Blutsenkung, Blutbild, Differenzialblutbild; Blutuntersuchung (CRP, Harnsäure, Harnstoff, Kreatinin, Gamma-GT, GPT, GOT); Urin-Teststreifen.

Leistungen gemäß Punkt I. 1.9. werden bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet. Unter Regelhöchstsatz ist der 2,3-fache Satz der GOÄ zu verstehen, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8-fache Satz und bei Leistungen nach Abschnitt M der 1,15-fache Satz.

Die in der Tarifbedingung zu § 1 (2) b MB/KK 2009 vorgesehenen Leistungseinschränkungen finden keine Anwendung.

**1.10. Ambulante Entwöhnungsbehandlungen zu 70 %**

der erstattungsfähigen Aufwendungen. Erstattungsfähig sind die medizinischen Versorgungskosten von insgesamt bis zu zwei ambulanten Entwöhnungsbehandlungen, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht. Vollständig durch andere Kostenträger finanzierte ambulante Entwöhnungsbehandlungen werden angerechnet. Als medizinische Versorgungskosten gelten ausschließlich die ärztlichen, psychotherapeutischen und medikamentösen Kosten einer maximal sechs Monate dauernden ambulanten Entwöhnungsbehandlung. Voraussetzungen sind, dass eine stoffgebundene Abhängigkeit außer Nikotinsucht vorliegt und dass der Versicherer vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

§ 5 (1) b MB/KK 2009 findet insoweit keine Anwendung.

**1.11. Transportkosten zu 100 %**

Transportkosten bei ambulanter Behandlung sind erstattungsfähig, wenn es sich um einen Rettungstransport handelt oder wenn der Transport wegen Gehunfähigkeit der versicherten Person oder wegen der Folgen ambulant durchgeführter diagnostischer und/oder therapeutischer Maßnahmen (z. B. Dialyse, Chemotherapie, Röntgenbestrahlungen, ambulante Operationen) medizinisch notwendig ist.

**1.12. Digitale Gesundheitsanwendungen zu 100 %**

Voraussetzung ist, dass diese als Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung klassifiziert sind und ihre Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht. Die digitalen Gesundheitsanwendungen müssen dazu bestimmt sein, bei den Versicherten oder im Rahmen ihrer Versorgung durch Leistungserbringer die Gesundheit zu fördern oder die Erkennung, Überwachung und Behandlung ihrer Krankheiten oder Verletzungen zu unterstützen. Voraussetzung ist weiterhin, dass

- sie im Verzeichnis nach § 139e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) enthalten sind und ärztlich verordnet wurden oder
- durch vorherige Kostenzusage als erstattungsfähig anerkannt wurden oder
- durch den Versicherer selbst durch entsprechende Kooperationen mit Anbietern im Gesundheitswesen den Versicherten zur Verfügung gestellt werden.

Die digitalen Gesundheitsanwendungen müssen von den in der Tarifbedingung e zu § 4 (3) MB/KK 2009 genannten Behandelnden verordnet werden.

Der Versicherer behält sich vor, die Kostenerstattung für eine digitale Gesundheitsanwendung auf eine medizinisch sinnvolle Nutzungszeit zu begrenzen.

Die Kosten sind im Umfang der in Tarifbedingung e zu § 4 (3) MB/KK 2009 genannten Höchstsätze erstattungsfähig. Nicht erstattungsfähig sind Kosten, die im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung entstehen, wie Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten etwa für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien.

**Nicht versicherte Leistungen im Bereich ambulante Heilbehandlung**

Nicht erstattungsfähig sind Pflegehilfsmittel (z. B. Adaptions-, Bade-, Mobilitäts- und Toilettenhilfen, Treppenfahrzeuge, Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege, zur Hygiene, zur selbstständigeren Lebensführung, zur Linderung von Beschwerden); Geräte im Zusammenhang mit Fitness und Wellness; Bestrahlungsgeräte; sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen) sowie Betriebs- und Pflegekosten (z. B. Strom, Batterien, Reinigungs- und Pflegemittel).

Ambulante Kuren - mit Ausnahme der in Punkt I. 1.10. zugesagten Maßnahmen - sind nicht erstattungsfähig.

Nicht versichert sind ferner Inseminationen und künstliche Befruchtungen einschließlich der Maßnahmen, die im Rahmen dieser Therapien durchgeführt werden.

**2. Stationäre Heilbehandlung und Entbindung zu 100 %**

**2.1.** Erstattungsfähig sind die Kosten für Allgemeine Krankenhausleistungen gemäß der Bundespflegesatzverordnung (§§ 7 - 8 BPflV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (§ 7 KHEntgG). Dazu gehören:

Pflegesätze;
Fallpauschalen;
Sonderentgelte;
gesondert berechenbare Leistungen eines Belegarztes, einer Beleghebamme bzw. eines Belegentbindungspflegers;
vor- und nachstationäre Heilbehandlung (im Sinne von § 115a SGB V).

Ist für eine Zahnbehandlungs-, Zahnersatz- oder Kieferorthopädiemaßnahme eine stationäre Behandlung medizinisch notwendig, so werden Material- und Laborkosten gemäß Punkt I. 3.2. erstattet.

Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen, werden Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß BPflV oder KHEntgG angefallen wäre.

**2.2.** Erstattet werden die Kosten medizinisch notwendiger Transporte zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus und zurück.

**2.3.** Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Neugeborenen gelten als für die Mutter entstanden. Sie werden im tariflichen Umfang zusammen mit den Entbindungskosten erstattet.

Ein ggf. bestehender Anspruch auf die Pauschalerstattung nach Punkt V. oder auf die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung bleibt bei Inanspruchnahme von Leistungen gemäß Punkt I. 2. erhalten.

**Nicht versicherte Leistungen im Bereich stationäre Heilbehandlung und Entbindung**

Aufwendungen für gesondert vereinbarte wahlärztliche Behandlung und gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer (Wahlleistungen gemäß § 16 BPflV bzw. § 17 KHEntgG) sowie für stationäre Kur-, Heilstätten- bzw. Sanatoriumsbehandlung sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes. Die Tarifbedingung zu § 5 (1) d MB/KK 2009 findet keine Anwendung.

**3. Zahnärztliche Behandlung**

**3.1. Zahnbehandlung zu 100 %**

Als Zahnbehandlung gelten folgende ambulant durchgeführte Maßnahmen:

Allgemeine zahnärztliche Leistungen, prophylaktische Leistungen, konservierende Leistungen (mit Ausnahme von Kronen und Inlays), chirurgische Leistungen, Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums sowie Röntgenuntersuchungen.

Für Leistungen nach Punkt I. 3.1. erfolgt abweichend von der Tarifbedingung zu § 4 (2) MB/KK 2009 eine Begrenzung auf die Regelhöchstsätze der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ). Diese sind der 2,3-fache Satz für persönliche Leistungen, der 1,8-fache Satz für medizinisch-technische Leistungen und der 1,15-fache Satz für Laborleistungen. Für die Teile der Aufwendungen, die durch Überschreiten der Regelhöchstsätze anfallen, besteht kein Leistungsanspruch.

Erstattungsfähig im Rahmen einer Zahnbehandlung sind weiterhin - auch bei stationärer Behandlung - Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers*) aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden.

**3.2. Zahnersatz und Kieferorthopädie zu 80 %**

Als Zahnersatz gelten folgende ambulant durchgeführte Maßnahmen:

Prothetische Leistungen einschließlich Kronen und Inlays (Einlagefüllungen), Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische sowie implantologische Leistungen.

Erstattungsfähig im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung für Zahnersatz oder Kieferorthopädie - auch bei stationärer Behandlung - sind weiterhin zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers*) aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden.

Zu Beginn der Versicherung gelten für Zahnersatz und Kieferorthopädie insgesamt folgende Erstattungshöchstbeträge:

| | | |
|---|---|---|
| Höchstsatz bis zum Ende des 2. Versicherungsjahres | **insgesamt** | **600 EUR** |
| Höchstsatz bis zum Ende des 4. Versicherungsjahres | **insgesamt** | **1.200 EUR** |
| Höchstsatz bis zum Ende des 6. Versicherungsjahres | **insgesamt** | **2.400 EUR** |
| Höchstsatz ab dem 7. Versicherungsjahr | **pro Jahr** | **4.000 EUR** |

Sind Zahnersatz oder Kieferorthopädie wegen eines Unfalls (siehe Tarifbedingung zu § 1 (1) MB/KK 2009) erforderlich, der nach der Policierung eingetreten ist, so entfallen die Höchstsätze für den jeweiligen Versicherungsfall.

zu Punkt I. 3.1. und I. 3.2.:

Der Versicherer kann das Preis- und Leistungsverzeichnis zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Personen anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

*) Das Preis- und Leistungsverzeichnis ist diesen Unterlagen beigefügt.

## II. Gesundheitsrabatt

Der Versicherer räumt ab dem 2. Monat nach Versicherungsbeginn bis zum 30.06. des 2. Versicherungsjahres jeder versicherten Person ab dem versicherungstechnischen Alter 20 einen Gesundheitsrabatt in Höhe von **10 %** ein, falls die versicherte Person die vom Versicherer festgelegten Kriterien eines Gesundheits-Checks erfüllt. Der Gesundheits-Check muss spätestens sechs Wochen nach Policierung durchgeführt werden. Die zu erfüllenden Kriterien für den Gesundheitsrabatt können beim Versicherer erfragt werden. Die Unterlagen für den Gesundheits-Check werden vom Versicherer ausgehändigt.

Zum jeweiligen Ablauftermin des Gesundheitsrabatts kann die Rabattvereinbarung um 12 Monate verlängert werden, sofern die versicherte Person die vom Versicherer festgelegten Kriterien des Gesundheits-Checks weiterhin erfüllt. Der Gesundheits-Check muss bis zum Ablauftermin anhand der vom Versicherer ausgehändigten Unterlagen durchgeführt werden

In Ausbildungstarifen ist kein Gesundheitsrabatt vorgesehen.

## III. Optionsrecht auf höherwertigen Versicherungsschutz

Der Versicherungsnehmer erhält für jede versicherte Person, die sich im 4., 6. oder 8. Versicherungsjahr - gerechnet ab Beginn des Vollversicherungsschutzes - befindet, neben dem Tarifwechselrecht nach § 204 VVG die Möglichkeit, einmalig zu erleichterten Bedingungen in einen höherwertigen Versicherungsschutz der HanseMerkur Krankenversicherung AG zu wechseln, sofern ab Beginn der Krankheitskostenvollversicherung bei der HanseMerkur ununterbrochen Versicherungsschutz nach den Tarifen KVP, KVS1, KVS3, KVG1, KVG2, KVG3, KVE1, KVE2 oder KVE3 bestanden hat. Bei Umstellung im 4. Versicherungsjahr wird auf eine erneute Gesundheitsprüfung und auf Risikozuschläge aufgrund zwischenzeitlich neu aufgetretener Krankheiten verzichtet. Beitragszuschläge oder Leistungseinschränkungen können nur für Diagnosen vergeben werden, die bereits beim bisherigen Versicherungsschutz zu einem Risikozuschlag oder zu Leistungseinschränkungen geführt haben. Bei Umstellung im 6. Versicherungsjahr bzw. im 8. Versicherungsjahr kann für hinzukommende Teile des Versicherungsschutzes (Mehrleistung) ein Risikozuschlag gemäß § 8a (4) MB/KK 2009 verlangt werden, sofern ein erhöhtes Risiko vorliegt. Der für neu festgestellte Diagnosen vergebene Risikozuschlag für die Mehrleistung ist bei Umstellung im 6. Versicherungsjahr auf **50 %** und bei Umstellung im 8. Versicherungsjahr auf **100 %** des auf die Mehrleistung entfallenden Anteils des individuellen Tarifbeitrags beschränkt. Bereits bestehende Risikozuschläge werden bei der jeweiligen Umstellung gemäß § 8a (3) MB/KK 2009 angepasst.

Für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes sind keine Wartezeiten einzuhalten. Für laufende Versicherungsfälle wird ab dem Umstellungstermin nach den dann geltenden Tarifen geleistet.

Eine Umstellung der Versicherung für Kinder, die nach den Bestimmungen der Kindernachversicherung gemäß § 2 (2) und (3) MB/KK 2009 versichert wurden, darf zu erleichterten Bedingungen nur in Tarife erfolgen, die nicht höherwertig als der Versicherungsschutz eines Elternteils sind. Zusätzlich zu den zulässigen Umstellungsterminen kann die Umstellung auch gleichzeitig mit der Ausübung des Optionsrechts eines Elternteils erfolgen. In diesem Fall ist die Versicherungsdauer dieses Elternteils maßgeblich.

## IV. Versicherungsfähigkeit mit anderen Tarifen

Mit Tarif KVP zusammen dürfen mit Ausnahme des Tarifs EKV2 keine anderen Tarife für ambulante oder zahnärztliche Behandlung versichert werden.

## V. Pauschalerstattung für nicht in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen

### 1. Höhe der Pauschalerstattung

Die Höhe der Pauschalerstattung für ein volles Kalenderjahr beträgt je versicherter Person:

| Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre | Erwachsene ab 20 Jahre | Personen in der Ausbildungsversion |
|---:|---:|---:|
| **0 EUR** | **1.000 EUR** | **1.000 EUR** |

Das Alter berechnet sich aus der Differenz des Kalenderjahres, in dem der Anspruch auf Pauschalerstattung entsteht, und des Geburtsjahres (Beispiel: Im Jahr 2024 hat eine im Jahr 2004 geborene Person ein Alter von 20 Jahren (2024 - 2004). Die Höhe der Pauschalerstattung bei Leistungsfreiheit im Kalenderjahr 2024 beträgt demnach 1.000 EUR).

### 2. Für die Pauschalerstattung nicht relevante Gesundheitsleistungen

Erstattungspauschalen für Hausentbindungen gemäß Punkt I. 1.8. sowie Erstattungen für stationäre Heilbehandlungen und Entbindungen gemäß Punkt I. 2. schließen den Anspruch auf die Pauschalerstattung nicht aus. Gleiches gilt bei Aufwendungen für bildgebende Verfahren zur Früherkennung bösartiger Neubildungen gemäß Punkt II. 5. c) der Versicherungsbedingungen des Tarifs EKV2, sofern eine Zusatzversicherung nach Tarif EKV2 besteht.

### 3. Auszahlungsmodalitäten

Zu Beginn der Versicherung nach Tarif KVP erhält der Versicherungsnehmer für die versicherte Person ein Wahlrecht zwischen den beiden nachfolgenden Auszahlungsmodalitäten der Pauschalerstattung. Die gewählte Auszahlungsmodalität kann nicht geändert werden.

#### 3.1. Auszahlungsmodalität 1: Pauschalerstattung als Beitragsstundung

**Hat eine versicherte Person für ein Versicherungsjahr keine Leistungen gemäß Punkt I. in Anspruch genommen**, so erhält der Versicherungsnehmer für diese Person die Pauschalerstattung für nicht in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen. Dies erfolgt, indem der Versicherer dem Versicherungsnehmer jeden Monat einen Beitragsanteil in Höhe von einem Zwölftel der gemäß Punkt V. 1. für ein volles Kalenderjahr festgelegten Pauschalerstattung stundet (d. h. der volle monatliche tarifliche Zahlbeitrag wird für Erwachsene und Personen in der Ausbildungsversion durch die Beitragsstundung um einen Betrag von (1/12) * 1.000 EUR = 83,33 EUR reduziert). Für die versicherte Person ist damit ab Versicherungsbeginn ein verringerter Betrag des tariflichen Zahlbeitrags zu zahlen, solange Leistungsfreiheit besteht.

**Nimmt die versicherte Person für ein Versicherungsjahr Leistungen gemäß Punkt I. in Anspruch**, so entfällt der Anspruch auf die Pauschalerstattung für nicht in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen für das gesamte Versicherungsjahr, in dem die Behandlung stattgefunden hat. Für jedes weitere unmittelbar folgende Versicherungsjahr mit Leistungen verlängert sich der Zeitraum ohne Anspruch auf die Pauschalerstattung um jeweils weitere 12 Monate.

- **Bei fortlaufender Versicherung** ist für eine dem Zeitraum ohne Anspruch auf die Pauschalerstattung entsprechende Anzahl von Monaten der volle tarifliche Zahlbeitrag zu entrichten, zugunsten des Versicherungsnehmers beginnend am 01. des Monats, der auf die maßgebliche Leistungsabrechnung gemäß Tarif KVP folgt. Die maßgebliche Leistungsabrechnung ist diejenige, die jeweils zum Fortfall der Pauschalerstattung führt.

- **Endet der Versicherungsschutz** nach Tarif KVP während der Dauer der vollen Beitragszahlung, so werden die noch ausstehenden gestundeten tariflichen Beitragsanteile sofort fällig. Werden Leistungen nach Ende des Versicherungsschutzes für Tarif KVP abgerechnet, entfällt der Anspruch auf die Pauschalerstattung, und die entsprechenden gestundeten tariflichen Beitragsanteile sind sofort nachzuzahlen.

Für die Ermittlung des gesetzlichen Zuschlags sowie die Zahlung des Anwartschaftsbeitrags ist der volle tarifliche Zahlbeitrag maßgebend.

Falls die Versicherung nach Inanspruchnahme von Leistungen ruhend oder in Anwartschaft geführt wird, verlängert sich die Zahlungsdauer für den vollen tariflichen Zahlbeitrag entsprechend der Unterbrechung. Sie verkürzt sich entsprechend um die Dauer von Ruhens- und Anwartschaftszeiten vor Behandlungsbeginn im Behandlungsjahr.

Sofern für ein Versicherungsjahr der Anspruch auf die Pauschalerstattung nicht entfällt (d. h. für dieses Versicherungsjahr werden keine Leistungen in Anspruch genommen), wird auf die Nacherhebung des für dieses Jahr gestundeten Beitragsanteils verzichtet.

### 3.2. Auszahlungsmodalität 2: Pauschalerstattung als garantierte Beitragsrückerstattung

Der Versicherungsnehmer erhält je Versicherungsjahr für jede nach Tarif KVP versicherte Person die Pauschalerstattung für nicht in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen, wenn die betreffende versicherte Person zum 31.3. des aktuellen Versicherungsjahres die unter a) bis c) genannten Voraussetzungen erfüllt:

a) Im vorhergehenden Versicherungsjahr wurden keine Leistungen gemäß Punkt I. in Anspruch genommen.

b) Zum 31.03. des aktuellen Versicherungsjahres besteht Versicherungsschutz nach einer Krankheitskostenversicherung der Hanse-Merkur Krankenversicherung AG.

c) Die Versicherung nach Tarif KVP wurde im vorhergehenden Versicherungsjahr nicht länger als einen Monat in Anwartschaft oder ruhend geführt.

Bestand die Versicherung nach Tarif KVP in einem Versicherungsjahr weniger als 12 Monate, so wird die Pauschalerstattung für dieses Versicherungsjahr anteilig geleistet. Dies gilt insbesondere für das erste Versicherungsjahr (vgl. § 8 (1) TB/KK 2009). Voraussetzung für die Pauschalerstattung für das erste Versicherungsjahr ist, dass die Versicherung mindestens einen Monat mit Leistungsanspruch bestand.

Die Auszahlung erfolgt im April des aktuellen Versicherungsjahres.

## VI. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der Tarifbedingungen.

HanseMerkur

# Tarif EKV2

**Tarif der Krankheitskostenversicherung als Ergänzung zu den Tarifen KVS1, KVS3 oder KVP**

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) mit Tarifbedingungen 2009 (TB/KK 2009).

## I. Versicherungsfähigkeit

Der Tarif EKV2 kann nur in Verbindung mit einer Krankheitskostenversicherung nach den Kompakttarifen KVS1, KVS3 oder KVP (Hauptversicherung) als Ergänzung abgeschlossen werden und endet mit dem Wegfall der Hauptversicherung.

## II. Leistungen des Versicherers

Es werden die im Folgenden aufgeführten Leistungen erstattet:

### 1. Erstattung des Selbstbehalts und Leistungen bei Anspruch auf Pauschalerstattung aus der Hauptversicherung

#### 1.1 Erstattung des Selbstbehalts der Hauptversicherung (Tarife KVS1 und KVS3)

a) Sofern für die professionelle Zahnreinigung in der Hauptversicherung ein Selbstbehalt anfällt, ist dieser **zu 100 % bis zu einer Höhe von 120 EUR** im Versicherungsjahr erstattungsfähig.

b) Sofern für Zahnbehandlung, Zahnersatz oder Kieferorthopädie **infolge eines Unfalls** (siehe Tarifbedingung zu § 1 (1) MB/KK 2009), der nach Policierung des Tarifs EKV2 eingetreten ist, in der Hauptversicherung ein Selbstbehalt anfällt, ist dieser **zu 100 %** erstattungsfähig.

#### 1.2 Leistungen im Zusammenhang mit einem Anspruch auf Pauschalerstattung wegen nicht in Anspruch genommener Gesundheitsleistungen aus der Hauptversicherung (Tarif KVP)

a) Sofern in der Hauptversicherung ein Anspruch auf die Pauschalerstattung für nicht in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen besteht, ist für Erwachsene die professionelle Zahnreinigung **zu 100 % bis zu einer Höhe von 120 EUR** erstattungsfähig.

b) Sofern in der Hauptversicherung ein Anspruch auf die Pauschalerstattung für nicht in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen besteht, sind Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz oder Kieferorthopädie **infolge eines Unfalls** (siehe Tarifbedingung zu § 1 (1) MB/KK 2009), der nach Policierung des Tarifs EKV2 eingetreten ist, für Erwachsene **zu 100 % bis zu einer Höhe von 1.000 EUR** erstattungsfähig.

Als Zahnbehandlung gelten folgende ambulant durchgeführte Maßnahmen:

Allgemeine zahnärztliche Leistungen, prophylaktische Leistungen, konservierende Leistungen (mit Ausnahme von Kronen und Inlays), chirurgische Leistungen, Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums sowie Röntgenuntersuchungen.

Als Zahnersatz gelten die in Punkt II. 2. aufgeführten Maßnahmen.

Es besteht kein Anspruch auf ein Storno und eine Neuabrechnung von Leistungen, wenn hiermit lediglich eine Änderung der Abrechnungsreihenfolge herbeigeführt werden soll.

Ein ggf. bestehender Anspruch auf die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung aus der Hauptversicherung bleibt bei Inanspruchnahme von Leistungen gemäß Punkt II. 1. erhalten.

### 2. Zahnersatz und Kieferorthopädie

Ab dem 7. Versicherungsjahr im Tarif EKV2 werden die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie vorbehaltlich der tariflichen Höchstsätze und des Selbstbehalts aus der Hauptversicherung

**insgesamt zu 80 %**

gemeinsam aus dem Tarif der Hauptversicherung und dem Tarif EKV2 erstattet.

Die gemeinsamen jährlichen Höchstsätze der Zahnstaffel für Zahnersatz und Kieferorthopädie betragen

ab dem 7. Versicherungsjahr bis zum Ende des 14. Versicherungsjahres im Tarif EKV2 pro Jahr **10.000 EUR**,

ab dem 15. Versicherungsjahr im Tarif EKV2 **unbegrenzt**.

Erfolgt aufgrund eines Leistungsausschlusses keine Vorleistung aus der Hauptversicherung, so besteht auch kein Anspruch aus Tarif EKV2.

Als Zahnersatz gelten folgende ambulant durchgeführte Maßnahmen:

Prothetische Leistungen einschließlich Kronen und Inlays (Einlagefüllungen), Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische sowie implantologische Leistungen.

Erstattungsfähig im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung für Zahnersatz oder Kieferorthopädie - auch bei stationärer Behandlung - sind weiterhin zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden. Das Preis- und Leistungsverzeichnis ist diesen Unterlagen beigefügt.

Der Versicherer kann das Preis- und Leistungsverzeichnis zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Personen anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

**3. Schutzimpfungen bei Auslandsreisen**

Es werden die Aufwendungen für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff vor Auslandsreisen **bis zu 100 EUR pro Versicherungsjahr** erstattet (siehe dazu Tarifbedingung b zu § 4 (1) MB/KK 2009). Versichert sind Impfungen gegen Cholera, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Hepatitis.

**4. Betreuungsgeld im Falle der Krankheit eines Kindes**

Es besteht ein Anspruch auf eine Pauschale (Einmalzahlung), wenn

- für die versicherte Person eine Krankentagegeldversicherung nach einem der Tarife T15 bis T43 bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG besteht, in der mindestens ein Krankentagegeld in Höhe von 50 EUR täglich versichert ist,
- die versicherte Person wegen der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres im gleichen Haushalt lebenden erkrankten Kindes nicht beruflich tätig ist,
- keine andere im gleichen Haushalt lebende Person das Kind beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann,
- die Notwendigkeit der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des Kindes durch ein ärztliches Zeugnis nachgewiesen wurde,
- das erkrankte Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat und bei der HanseMerkur krankheitskostenvollversichert ist und
- die Erkrankung des Kindes nach dem Versicherungsbeginn der versicherten Person eingetreten ist.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Die Pauschale beträgt | **ab dem 4. aufeinander folgenden Tag** der Erkrankung des Kindes | | **300 EUR**, |
| | **ab dem 8. aufeinander folgenden Tag** der Erkrankung des Kindes | **weitere** | **200 EUR** |

und wird nur **einmalig** im Versicherungsjahr zu Gunsten der nach Tarif EKV2 versicherten Person ausgezahlt, unabhängig davon, ob die Bedingungen zur Zahlung der Pauschale für ein anderes oder dasselbe Kind erneut erfüllt sind. Besteht zeitgleich ein Anspruch auf Zahlung des Krankentagegeldes bei Erkrankung eines Kindes aus einem der Tarife T15 bis T43 der HanseMerkur Krankenversicherung AG, dann wird das Betreuungsgeld auf das für den jeweiligen Kalendertag zu zahlende Krankentagegeld angerechnet. Erfolgt wegen dieser Anrechnung für einen Kalendertag keine Leistung aus einem der Tarife T15 bis T43, dann wird die verbleibende Anzahl an Leistungstagen, die für das Krankentagegeld bei einer weiteren Erkrankung eines Kindes im Kalenderjahr zur Verfügung stehen, nicht reduziert, d. h. die Leistungstage gehen dem Versicherten nicht verloren.

**5. Früherkennung bösartiger Neubildungen**

a) Für versicherte Personen ab einem Alter von 18 Jahren erstattet der Versicherer **je Versicherungsjahr die Aufwendungen der Durchführung eines PanTum Detect® Tests**, sofern zum Zeitpunkt der Durchführung keines der für den Test aus rein medizinischen Gründen vorgegebenen Ausschlusskriterien zutrifft.

Der PanTum Detect® Test dient der Früherkennung bösartiger Neubildungen. Grundlage des Tests ist ein Bluttest, bei dem die Werte (Scores) der Biomarker Apo10 und TKTL1 ermittelt und ausgewertet werden.

Der PanTum Detect® Test kann durch ein alternatives Testverfahren ersetzt oder ergänzt werden, sofern sich das neue Testverfahren gleichermaßen oder in höherem Maße zur Früherkennung bösartiger Neubildungen eignet. Voraussetzung hierfür ist, dass die Änderung zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint (z. B. weil aufgrund des wissenschaftlichen Fortschritts ein verbesserter Test zur Verfügung steht oder weil der PanTum Detect® Test durch den Hersteller nicht mehr angeboten wird) und ein unabhängiger Treuhänder die Änderung überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) VVG.

b) Die versicherte Person kann für telefonische oder Online-Beratungen zum Thema Prävention und Heilbehandlung bösartiger Neubildungen folgende **Assistanceleistungen** erhalten, sofern diese durch die HanseMerkur Krankenversicherung AG erfolgen oder vermittelt werden:

- Grundsätzliche Erläuterungen zum PanTum Detect® Test
- Information und Beratung zum gesetzlichen Krebsfrüherkennungsprogramm
- Beratung zu allen medizinischen Gesundheitsfragen durch Ärzte
- Teilnahme an einem Beratungsprogramm bei Krebserkrankungen zur Aufklärung und Beratung zu Diagnostik und Therapiemöglichkeiten (telefonisch oder Online)

- Unterstützung bei der Arzt- und Krankenhausauswahl
- Arzt-Termine-Service
- Arzneimittelberatung
- Ärztliche Zweitmeinung, auch vor Operationen
- Fitness- und Ernährungsberatung

Für Leistungen nach Punkt II. 5. a) und b) entfallen die gemäß § 3 (2) MB/KK vereinbarten Wartezeiten.

c) Bei auffälligen PanTum Detect® Testergebnissen erstattet der Versicherer die Aufwendungen für die **Durchführung bildgebender Verfahren zur Lokalisierung einer möglichen bösartigen Neubildung** in Form einer Positronen-Emissions-Tomographie und Computertomographie (PET-CT) und einer Kopf-Hals Magnetresonanztomographie (MRT). Bei begründetem Verdacht auf ein Prostatakarzinom erstattet der Versicherer eine Prostata-MRT:

**Die Erstattung der zuvor genannten Aufwendungen** erfolgt, wenn das PanTum Detect® Testergebnis

(1) **erstmalig** auffällig ist oder

(2) **erneut** auffällig ist und der vor dem auffälligen Testergebnis zuletzt durchgeführte PanTum Detect® Test kein auffälliges Testergebnis lieferte.

Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt auch, wenn Folgetests ein besonders auffälliges PanTum Detect® Testergebnis liefern. Ein besonders auffälliges PanTum Detect® Testergebnis liegt vor, wenn alle nachstehenden Voraussetzungen erfüllt werden:

(1) Ein durchgeführter PanTum Detect® Test lieferte ein auffälliges Testergebnis,

(2) eine anschließend durchgeführte PET-CT und eine Kopf-Hals MRT, bei begründetem Verdacht auch eine durchgeführte Prostata-MRT, zur Lokalisation möglicher bösartiger Neubildungen ergab einen negativen Befund und

(3) ein aktuell durchgeführter PanTum Detect® Test ergibt einen um mindestens 10 Punkte höheren PanTum Detect® Score gegenüber dem letzten Test, aufgrund dessen eine PET-CT, eine Kopf-Hals MRT oder eine Prostata-MRT durchgeführt wurde.

Klarstellend wird darauf hingewiesen, dass die Aufwendungen für die Durchführung bildgebender Verfahren aus der Hauptversicherung erstattet werden.

Ein ggf. bestehender Anspruch auf Beitragsrückerstattung aus der Hauptversicherung bleibt bei Inanspruchnahme von Leistungen gemäß Punkt II. 5. erhalten.

**III. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung**

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der Tarifbedingungen.

HanseMerkur

# Tarife KVT500 und KVT1000

**für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung**

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) mit Tarifbedingungen 2009 (TB/KK 2009).

## I. Versicherungsleistungen

Nach Abzug eines ggf. vereinbarten Selbstbehalts (siehe Punkt I. 4.) werden die im Folgenden aufgeführten Leistungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung sowie Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie erstattet.

### 1. Ambulante Heilbehandlung

**1.1. Arztbehandlungen** **zu 100 %**

Hierzu gehören auch Beratungen, Besuche, Sonderleistungen, Röntgendiagnostik und -therapie, ärztliche Wegegebühren und ambulante Behandlungen im Krankenhaus.

**1.2. Hebammenhilfe und häusliche Behandlungspflege** **zu 100 %**

Hebammenhilfe ist im Rahmen der amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung erstattungsfähig.

Häusliche Behandlungspflege durch anerkannte Pflegedienste ist erstattungsfähig, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist und ärztlich verordnet wurde.

**1.3. Arznei- und Verbandmittel** **zu 100 %**

Arznei- und Verbandmittel werden erstattet, soweit sie ärztlich verordnet sind.

**1.4. Heilmittel** **zu 100 %**

Als Heilmittel gelten Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Ergotherapie, Logopädie, Schwangerschaftsgymnastik, Massagen, medizinische Bäder jeder Art sowie alle anderen Heilmittel gemäß Tarifbedingung b zu § 4 (3) MB/KK 2009.

**1.5. Hilfsmittel** **zu 100 %**

Hilfsmittel sind technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen ausgleichen oder mildern, sowie lebenserhaltende Hilfsmittel. Als solche gelten z. B.:

1.5.1. Hör- und Sprechhilfen;
Körperersatzstücke (Prothesen, Epithesen) und Orthesen;
die aus medizinischen Fachgeschäften bezogenen Bandagen und Kompressionsstrümpfe, orthopädischen Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, orthopädischen Schuhe, Einlagen und Schuhzurichtungen, Blutgerinnungsmessgeräte (wie z. B. „Coagu-Chek“), Blutzuckermessgeräte, Insulin- und Medikamentenpumpen, Absauggeräte;
Heimdialysegeräte;
Rollatoren und Krankenfahrstühle;
Stoma- und Inkontinenzversorgungsartikel.

Sauerstoffkonzentratoren, Flüssigsauerstoff, Beatmungsgeräte, Herz- und Atemmonitore sowie Pulsoxymeter werden vom Versicherer zur Verfügung gestellt.

Weiterhin werden Pumpen und technisches Zubehör zur Verabreichung einer künstlichen Ernährung (enterale Ernährung) sowie die entsprechenden medizinischen Nährlösungen erstattet.

Darüber hinaus sind lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein hier genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann.

Krankenfahrstühle sind bis zu einem Rechnungsbetrag von **15.000 EUR** erstattungsfähig; bei medizinisch notwendigen Spezialanfertigungen können nach vorheriger Zusage des Versicherers auch höhere Beträge erstattet werden.

Kosten für das Ausleihen, die Reparatur und die Wartung von Hilfsmitteln sowie die Unterweisung im Gebrauch sind ebenfalls erstattungsfähig.

Nicht erstattungsfähig sind Pflegehilfsmittel (z. B. Adaptions-, Bade-, Mobilitäts- und Toilettenhilfen, Treppenfahrzeuge, Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege, zur Hygiene, zur selbstständigeren Lebensführung, zur Linderung von Beschwerden); Geräte im Zusammenhang mit Fitness und Wellness; Bestrahlungsgeräte; sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen) sowie Betriebs- und Pflegekosten (z. B. Strom, Batterien, Reinigungs- und Pflegemittel).



HanseMerkur Krankenversicherung AG Siegfried-Wedells-Platz 1 20354 Hamburg Tel.: 040 4119-4119, Fax: -3257 www.hansemerkur.de

1.5.2. Sehhilfen.

Erstattungen für Sehhilfen oder alternativ für eine Sehschärfenkorrektur mittels Lasertechnologie (wie LASIK-Operationen) sind auf **260 EUR** innerhalb von jeweils 24 Monaten begrenzt.

**1.6. Ambulante psychotherapeutische Behandlung**

Erstattet werden psychotherapeutische Leistungen im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die durch Fachärzte für psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie erbracht werden.

Erstattet werden weiterhin psychotherapeutische Leistungen im Rahmen der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP), die durch Psychologische Psychotherapeuten erbracht werden, die ihre Approbation aufgrund einer den ärztlichen Psychotherapeuten vergleichbaren Ausbildung erhalten haben. Bei Kindern und Jugendlichen kann die Behandlung auch durch einen approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgen.

Voraussetzung für die Erstattung ist, dass dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein ausreichend begründeter Bericht vorgelegt wird und er die Leistungen schriftlich zugesagt hat.

Die Aufwendungen für psychotherapeutische Sitzungen werden **zu 90 %** erstattet. Die Anzahl der Sitzungen ist auf **50** pro Kalenderjahr begrenzt.

**1.7. Naturheilkundliche Heilbehandlungen durch Ärzte und Heilpraktiker**

**zu 100 %**

Es werden die folgenden Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen durch Ärzte und Heilpraktiker erstattet. Erstattungsfähige Aufwendungen sind die im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung angewandten naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im jeweils geltenden Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen oder im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind, sowie die in diesem Zusammenhang verordneten naturheilkundlichen Arznei-, Verband- und Heilmittel.

Behandlungskosten nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen werden bis zu den Höchstsätzen erstattet, die für vergleichbare ärztliche Leistungen im Rahmen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Leistungen des Heilpraktikers, die im GebüH geregelt sind, werden ausschließlich im Rahmen des GebüH erstattet; die in der Tarifbedingung zu § 4 (2) MB/KK 2009 vorgesehene Beschränkung auf die Höchstsätze einer ärztlichen Abrechnung entfällt.

Der Versicherer behält sich vor, darüber hinaus Erstattungen für neue, den Grundgedanken der Naturheilkunde entsprechenden Therapien vorzusehen, die über das Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen hinausgehen.

§ 4 (6) MB/KK 2009 findet für den genannten Leistungsbereich keine Anwendung.

**1.8. Hausentbindungen**

Bei Hausentbindungen wird neben der Kostenerstattung gemäß den Punkten I. 1.1. bis I. 1.7. zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen (z. B. Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege) ein Betrag von **1.000 EUR** gezahlt. Dieser Betrag wird nicht auf tariflich vereinbarte Selbstbehalte angerechnet. Ein ggf. bestehender Anspruch auf Beitragsrückerstattung bleibt bei Inanspruchnahme von Leistungen gemäß Punkt I. 1.8. erhalten.

**1.9. Ambulante Operationen**

Bei ambulanten Operationen wird neben der Kostenerstattung gemäß den Punkten I. 1.1. bis I. 1.7. zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen (z. B. Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege) ein Betrag von **150 EUR** gezahlt (Bonus für ambulante Operationen). Dieser Betrag wird nur entrichtet, wenn der Eingriff im Indikationskatalog[1)] aufgeführt ist. Der Versicherer kann den Indikationskatalog abändern, um ihn an den aktuellen Stand der medizinischen Entwicklung anzupassen.

Die Aufwendungen für ambulante Operationen gemäß Indikationskatalog sowie der Bonus für ambulante Operationen werden nicht auf tariflich vereinbarte Selbstbehalte angerechnet. Ein ggf. bestehender Anspruch auf Beitragsrückerstattung bleibt bei der Durchführung einer ambulanten Operation gemäß Indikationskatalog erhalten.

[1)] Der Indikationskatalog für ambulante Operationen ist diesen Unterlagen beigefügt.

**1.10. Zusätzliche Vorsorgeleistungen** **zu 100 %**

Folgende Aufwendungen für ärztliche Leistungen im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen werden erstattet:

**Für Kinder (Alter 0 - 14 Jahre):**

Zusätzliche Kindervorsorgeuntersuchung im Alter von 8, 10, 12 und 14 Jahren (jeweils einmalig).

**Für Jugendliche (Alter 15 - 19 Jahre):**

Eine Jugendvorsorgeuntersuchung (Vergütung analog einer Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten eines Erwachsenen).

**Für Erwachsene:**

a) Erweiterte Krebsvorsorge (einmal innerhalb von drei Jahren):
Für Frauen ab dem vollendeten 20. Lebensjahr:

Gynäkologische Anamnese und Beratung; Ultraschall der Gebärmutter, der Eierstöcke, eines weiteren inneren Organs; Blutentnahme, Blutbild, Differenzialblutbild; Nativpräparat; Urin-Teststreifen.
Für Männer ab dem vollendeten 45. Lebensjahr:
Urologische Anamnese und Beratung; Ultraschall der Prostata, der Nieren, eines weiteren inneren Organs; PSA-Test; Blutentnahme, Blutbild, Differenzialblutbild; Urin-Teststreifen.

b) Ab dem vollendeten 20. Lebensjahr (einmal innerhalb von zwei Jahren):
Vorsorgeuntersuchung auf Hautkrebs.

c) Ab dem vollendeten 20. Lebensjahr bis zum vollendeten 34. Lebensjahr (einmal innerhalb von vier Jahren):
Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten; Lungenfunktionsprüfung; Belastungs-EKG; Blutentnahme; Blutsenkung, Blutbild, Differenzialblutbild; Blutuntersuchung (Glukose, CRP, Cholesterin, HDL-, LDL-Cholesterin, Harnsäure, Harnstoff, Kreatinin, Gamma-GT, GPT, GOT); Urin-Teststreifen.

d) Ab dem vollendeten 35. Lebensjahr in Verbindung mit der gesetzlichen Gesundheitsuntersuchung (einmal innerhalb von zwei Jahren):
Lungenfunktionsprüfung; Belastungs-EKG; Blutsenkung, Blutbild, Differenzialblutbild; Blutuntersuchung (CRP, Harnsäure, Harnstoff, Kreatinin, Gamma-GT, GPT, GOT); Urin-Teststreifen.

e) Ab dem vollendeten 45. Lebensjahr zusätzlich (einmal innerhalb von drei Jahren):
Untersuchung zur Glaukom-Früherkennung.

f) Ab dem vollendeten 55. Lebensjahr zusätzlich (einmal innerhalb von drei Jahren):
Doppler-Sonographie zur Schlaganfallvorsorge.

Leistungen gemäß Punkt I. 1.10. werden bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet. Unter Regelhöchstsatz ist der 2,3-fache Satz der GOÄ zu verstehen, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8-fache Satz und bei Leistungen nach Abschnitt M der 1,15-fache Satz.

Die in der Tarifbedingung zu § 1 (2) b MB/KK 2009 vorgesehenen Leistungseinschränkungen finden keine Anwendung.

**1.11. Ambulante Entwöhnungsbehandlungen zu 70 %**

der erstattungsfähigen Aufwendungen. Erstattungsfähig sind die medizinischen Versorgungskosten von insgesamt bis zu zwei ambulanten Entwöhnungsbehandlungen, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht. Vollständig durch andere Kostenträger finanzierte ambulante Entwöhnungsbehandlungen werden angerechnet. Als medizinische Versorgungskosten gelten ausschließlich die ärztlichen, psychotherapeutischen und medikamentösen Kosten einer maximal sechs Monate dauernden ambulanten Entwöhnungsbehandlung. Voraussetzungen sind, dass eine stoffgebundene Abhängigkeit außer Nikotinsucht vorliegt und dass der Versicherer vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

§ 5 (1) b MB/KK 2009 findet insoweit keine Anwendung.

**1.12. Schutzimpfungen bei Auslandsreisen zu 100 %**

Es werden die Aufwendungen für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff vor Auslandsreisen bis zu **100 EUR** pro Versicherungsjahr erstattet (siehe dazu Tarifbedingung zu § 4 (1) MB/KK 2009). Versichert sind Impfungen gegen Cholera, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Hepatitis.

**1.13. Transportkosten zu 100 %**

Transportkosten bei ambulanter Behandlung sind erstattungsfähig, wenn es sich um einen Rettungstransport handelt oder wenn der Transport wegen Gehunfähigkeit der versicherten Person oder wegen der Folgen ambulant durchgeführter diagnostischer und/oder therapeutischer Maßnahmen (z. B. Dialyse, Chemotherapie, Röntgenbestrahlungen, ambulante Operationen) medizinisch notwendig ist.

**1.14. Digitale Gesundheitsanwendungen zu 100 %**

Voraussetzung ist, dass diese als Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung klassifiziert sind und ihre Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht. Die digitalen Gesundheitsanwendungen müssen dazu bestimmt sein, bei den Versicherten oder im Rahmen ihrer Versorgung durch Leistungserbringer die Gesundheit zu fördern oder die Erkennung, Überwachung und Behandlung ihrer Krankheiten oder Verletzungen zu unterstützen. Voraussetzung ist weiterhin, dass

- sie im Verzeichnis nach § 139e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) enthalten sind und ärztlich verordnet wurden oder
- durch vorherige Kostenzusage als erstattungsfähig anerkannt wurden oder
- durch den Versicherer selbst durch entsprechende Kooperationen mit Anbietern im Gesundheitswesen den Versicherten zur Verfügung gestellt werden.

Die digitalen Gesundheitsanwendungen müssen von den in der Tarifbedingung e zu § 4 (3) MB/KK 2009 genannten Behandelnden verordnet werden.

Der Versicherer behält sich vor, die Kostenerstattung für eine digitale Gesundheitsanwendung auf eine medizinisch sinnvolle Nutzungszeit zu begrenzen.

Die Kosten sind im Umfang der in Tarifbedingung e zu § 4 (3) MB/KK 2009 genannten Höchstsätze erstattungsfähig. Nicht erstattungsfähig sind Kosten, die im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung entstehen, wie Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten etwa für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien.

**2. Stationäre Heilbehandlung und Entbindung zu 100 %**

**2.1.** Erstattungsfähig sind die Kosten für Allgemeine Krankenhausleistungen gemäß der Bundespflegesatzverordnung (§§ 7 - 8 BPflV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (§ 7 KHEntgG). Dazu gehören:

Pflegesätze;
Fallpauschalen;
Sonderentgelte;
gesondert berechenbare Leistungen eines Belegarztes, einer Beleghebamme bzw. eines Belegentbindungspflegers;
vor- und nachstationäre Heilbehandlung (im Sinne von § 115a SGB V).

Ist für eine Zahnbehandlungs-, Zahnersatz- oder Kieferorthopädiemaßnahme eine stationäre Behandlung medizinisch notwendig, so werden Material- und Laborkosten gemäß Punkt I. 3.2. erstattet.

Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen, werden Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß BPflV oder KHEntgG angefallen wäre.

Aufwendungen für gesondert vereinbarte wahlärztliche Behandlung und gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer (Wahlleistungen gemäß § 16 BPflV bzw. § 17 KHEntgG) sowie für stationäre Kur-, Heilstätten- bzw. Sanatoriumsbehandlung sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes. Die Tarifbedingung zu § 5 (1) d MB/KK 2009 findet keine Anwendung.

**2.2.** Erstattet werden die Kosten medizinisch notwendiger Transporte zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus und zurück.

**2.3.** Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Neugeborenen gelten als für die Mutter entstanden. Sie werden im tariflichen Umfang zusammen mit den Entbindungskosten erstattet.

Leistungen für stationäre Heilbehandlung und Entbindung (Punkt I. 2.) werden nicht auf tariflich vereinbarte Selbstbehalte angerechnet. Ein ggf. bestehender Anspruch auf Beitragsrückerstattung bleibt bei Inanspruchnahme von Leistungen gemäß Punkt I. 2. erhalten.

**3. Zahnärztliche Behandlung**

**3.1. Zahnbehandlung zu 100 %**

Als Zahnbehandlung gelten folgende ambulant durchgeführte Maßnahmen:

Allgemeine zahnärztliche Leistungen, prophylaktische Leistungen, konservierende Leistungen (mit Ausnahme von Kronen und Inlays), chirurgische Leistungen, Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums sowie Röntgenuntersuchungen.

Erstattungsfähig im Rahmen einer Zahnbehandlung sind weiterhin - auch bei stationärer Behandlung - Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers*) aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden.

**3.2. Zahnersatz, Kieferorthopädie zu 80 %**

Als Zahnersatz gelten folgende ambulant durchgeführte Maßnahmen:

Prothetische Leistungen einschließlich Kronen und Inlays (Einlagefüllungen), Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische sowie implantologische Leistungen.

Erstattungsfähig im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung für Zahnersatz oder Kieferorthopädie - auch bei stationärer Behandlung - sind weiterhin zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers*) aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden.

Zu Beginn der Versicherung gelten für Zahnersatz und Kieferorthopädie insgesamt folgende Erstattungshöchstbeträge:

| | | |
|---|---|---|
| Höchstsatz bis zum Ende des 2. Versicherungsjahres | **insgesamt** | **1.600 EUR** |
| Höchstsatz bis zum Ende des 4. Versicherungsjahres | **insgesamt** | **3.200 EUR** |
| Höchstsatz bis zum Ende des 6. Versicherungsjahres | **insgesamt** | **6.400 EUR** |
| ab dem 7. Versicherungsjahr | **unbegrenzt** | |

Sind Zahnersatz oder Kieferorthopädie wegen eines Unfalles (siehe Tarifbedingung zu § 1 (1) MB/KK 2009) erforderlich, der nach der Policierung eingetreten ist, so entfallen die Höchstsätze für den jeweiligen Versicherungsfall.

zu Punkt I. 3.1. und I. 3.2.:

Der Versicherer kann das Preis- und Leistungsverzeichnis zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Personen anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz.

*) Das Preis- und Leistungsverzeichnis ist diesen Unterlagen beigefügt.

**4. Selbstbehalt**

**4.1.** In den Tarifen KVT500 und KVT1000 erfolgt die tarifliche Leistung nach Abzug eines Selbstbehalts. Der Selbstbehalt beträgt je versicherte Person:

| | Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre | Erwachsene ab 20 Jahre | Personen in der Ausbildungsversion |
|---|---|---|---|
| **Tarif KVT500** | **0 EUR** | **500 EUR** | **500 EUR** |
| **Tarif KVT1000** | **0 EUR** | **1.000 EUR** | **1.000 EUR** |

Der Selbstbehalt bezieht sich auf den Gesamtbetrag der in einem Kalenderjahr für die versicherte Person zu erstattenden Beträge. Erstattungspauschalen für Hausentbindungen gemäß Punkt I. 1.8. und ambulante Operationen gemäß Punkt I. 1.9. sowie Aufwendungen für ambulante Operationen gemäß Indikationskatalog (siehe Punkt I. 1.9.) und für stationäre Heilbehandlungen und Entbindungen gemäß Punkt I. 2. werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.

**4.2.** Beginnt die Versicherung in den Tarifen KVT500 oder KVT1000 nicht am 01. Januar eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich der Selbstbehalt für dieses Jahr um 1/12 für jeden nicht versicherten Monat. Diese Regelung gilt auch, wenn der Selbstbehalt anlässlich einer Beitragsanpassung gemäß §§ 8a, 8b MB/KK 2009 unterjährig geändert wird. Werden die Beiträge angepasst (siehe §§ 8a, 8b MB/KK 2009), so kann nach den technischen Berechnungsgrundlagen auch der Selbstbehalt geändert werden.

Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.

**II. Gesundheitsrabatt**

Der Versicherer räumt ab dem 2. Monat nach Versicherungsbeginn bis zum 30.06. des 2. Versicherungsjahres jeder versicherten Person ab dem versicherungstechnischen Alter 20 einen Gesundheitsrabatt in Höhe von **10 %** ein, falls die versicherte Person die vom Versicherer festgelegten Kriterien eines Gesundheits-Checks erfüllt. Der Gesundheits-Check muss spätestens sechs Wochen nach Policierung durchgeführt werden. Die zu erfüllenden Kriterien für den Gesundheitsrabatt können beim Versicherer erfragt werden. Die Unterlagen für den Gesundheits-Check werden vom Versicherer ausgehändigt. In Ausbildungstarifen ist kein Gesundheitsrabatt vorgesehen.

**III. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung**

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der Tarifbedingungen.

HanseMerkur

# Tarif AZP

**für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung**

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) mit Tarifbedingungen 2009 (TB/KK 2009).

## I. Versicherungsfähigkeit

Tarif AZP ist nur in Kombination mit Tarif EGO2 versicherbar und endet mit dem Wegfall der Versicherung nach Tarif EGO2.

## II. Versicherungsleistungen

Die im Folgenden aufgeführten Leistungen für ambulante Heilbehandlung sowie für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie werden ohne Abzug eines Selbstbehalts erstattet.

### 1. Ambulante Heilbehandlung

**1.1. Arztbehandlungen** **zu 100 %**

Hierzu gehören auch Beratungen, Besuche, Sonderleistungen, Röntgendiagnostik und -therapie, ärztliche Wegegebühren und ambulante Behandlungen im Krankenhaus.

**1.2. Hebammenhilfe und häusliche Behandlungspflege** **zu 100 %**

Hebammenhilfe ist im Rahmen der amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung erstattungsfähig.

Häusliche Behandlungspflege durch anerkannte Pflegedienste ist erstattungsfähig, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist und ärztlich verordnet wurde.

**1.3. Arznei- und Verbandmittel** **zu 100 %**

Arznei- und Verbandmittel werden erstattet, soweit sie ärztlich verordnet sind.

**1.4. Heilmittel** **zu 100 %**

Als Heilmittel gelten Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Ergotherapie, Logopädie, Schwangerschaftsgymnastik, Massagen, medizinische Bäder jeder Art sowie alle anderen Heilmittel gemäß Tarifbedingung b zu § 4 (3) MB/KK 2009.

**1.5. Hilfsmittel** **zu 100 %**

Hilfsmittel sind technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen ausgleichen oder mildern, sowie lebenserhaltende Hilfsmittel. Als solche gelten z. B.:

1.5.1. Hör- und Sprechhilfen;
Körperersatzstücke (Prothesen, Epithesen) und Orthesen;
die aus medizinischen Fachgeschäften bezogenen Bandagen und Kompressionsstrümpfe, orthopädischen Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, orthopädischen Schuhe, Einlagen und Schuhzurichtungen, Blutgerinnungsmessgeräte (wie z. B. „Coagu-Chek“), Blutzuckermessgeräte, Insulin- und Medikamentenpumpen, Absauggeräte;
Heimdialysegeräte;
Rollatoren und Krankenfahrstühle;
Stoma- und Inkontinenzversorgungsartikel.

Sauerstoffkonzentratoren, Flüssigsauerstoff, Beatmungsgeräte, Herz- und Atemmonitore sowie Pulsoxymeter werden vom Versicherer zur Verfügung gestellt.

Weiterhin werden Pumpen und technisches Zubehör zur Verabreichung einer künstlichen Ernährung (enterale Ernährung) sowie die entsprechenden medizinischen Nährlösungen erstattet.

Darüber hinaus sind lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein hier genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann.

Krankenfahrstühle sind bis zu einem Rechnungsbetrag von **15.000 EUR** erstattungsfähig; bei medizinisch notwendigen Spezialanfertigungen können nach vorheriger Zusage des Versicherers auch höhere Beträge erstattet werden.

Kosten für das Ausleihen, die Reparatur und die Wartung von Hilfsmitteln sowie die Unterweisung im Gebrauch sind ebenfalls erstattungsfähig.

Nicht erstattungsfähig sind Pflegehilfsmittel (z. B. Adaptions-, Bade-, Mobilitäts- und Toilettenhilfen, Treppenfahrzeuge, Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege, zur Hygiene, zur selbstständigeren Lebensführung, zur Linderung von Beschwerden);

Geräte im Zusammenhang mit Fitness und Wellness; Bestrahlungsgeräte; sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen) sowie Betriebs- und Pflegekosten (z. B. Strom, Batterien, Reinigungs- und Pflegemittel).

1.5.2. Sehhilfen

Erstattungen für Sehhilfen oder alternativ für eine Sehschärfenkorrektur mittels Lasertechnologie (wie LASIK-Operationen) sind **auf 260 EUR** innerhalb von jeweils 24 Monaten begrenzt.

**1.6. Ambulante psychotherapeutische Behandlung**

Erstattet werden psychotherapeutische Leistungen im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die durch Fachärzte für psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie erbracht werden.

Erstattet werden weiterhin psychotherapeutische Leistungen im Rahmen der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP), die durch Psychologische Psychotherapeuten erbracht werden, die ihre Approbation aufgrund einer den ärztlichen Psychotherapeuten vergleichbaren Ausbildung erhalten haben. Bei Kindern und Jugendlichen kann die Behandlung auch durch einen approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgen.

Voraussetzung für die Erstattung ist, dass dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein ausreichend begründeter Bericht vorgelegt wird und er die Leistungen schriftlich zugesagt hat.

Die Aufwendungen für psychotherapeutische **Sitzungen** werden **zu 90 %** erstattet. Die Anzahl der Sitzungen ist auf **50** pro Kalenderjahr begrenzt.

**1.7. Naturheilkundliche Heilbehandlungen durch Ärzte und Heilpraktiker**

**zu 100 %**

Es werden die folgenden Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen durch Ärzte und Heilpraktiker erstattet. Erstattungsfähige Aufwendungen sind die im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung angewandten naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im jeweils geltenden Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen oder im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind, sowie die in diesem Zusammenhang verordneten naturheilkundlichen Arznei-, Verband- und Heilmittel.

Behandlungskosten nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen werden bis zu den Höchstsätzen erstattet, die für vergleichbare ärztliche Leistungen im Rahmen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Leistungen des Heilpraktikers, die im GebüH geregelt sind, werden ausschließlich im Rahmen des GebüH erstattet; die in der Tarifbedingung zu § 4 (2) MB/KK 2009 vorgesehene Beschränkung auf die Höchstsätze einer ärztlichen Abrechnung entfällt.

Der Versicherer behält sich vor, darüber hinaus Erstattungen für neue, den Grundgedanken der Naturheilkunde entsprechenden Therapien vorzusehen, die über das Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen hinausgehen.

§ 4 (6) MB/KK 2009 findet für den genannten Leistungsbereich keine Anwendung.

**1.8. Hausentbindungen**

Bei Hausentbindungen wird neben der Kostenerstattung gemäß den Punkten II. 1.1. bis II. 1.7. zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen (z. B. Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege) ein Betrag von **1.000 EUR** gezahlt. Ein ggf. bestehender Anspruch auf Pauschalerstattung nach Punkt III. oder auf Beitragsrückerstattung bleibt bei Inanspruchnahme von Leistungen gemäß Punkt II. 1.8. erhalten.

**1.9. Ambulante Operationen**

Bei ambulanten Operationen wird neben der Kostenerstattung gemäß den Punkten II. 1.1. bis II. 1.7. zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen (z. B. Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege) ein Betrag von **150 EUR** gezahlt (Bonus für ambulante Operationen). Dieser Betrag wird nur entrichtet, wenn der Eingriff im Indikationskatalog[1)] aufgeführt ist. Der Versicherer kann den Indikationskatalog abändern, um ihn an den aktuellen Stand der medizinischen Entwicklung anzupassen.

Ein ggf. bestehender Anspruch auf Pauschalerstattung nach Punkt III. oder auf Beitragsrückerstattung bleibt bei der Durchführung einer ambulanten Operation gemäß Indikationskatalog erhalten.

[1)] Der Indikationskatalog für ambulante Operationen ist diesen Unterlagen beigefügt.

**1.10. Zusätzliche Vorsorgeleistungen** **zu 100 %**

Folgende Aufwendungen für ärztliche Leistungen im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen werden erstattet:

**Für Kinder (Alter 0 - 14 Jahre):**

Zusätzliche Kindervorsorgeuntersuchung im Alter von 8, 10, 12 und 14 Jahren (jeweils einmalig).

**Für Jugendliche (Alter 15 - 19 Jahre):**

Eine Jugendvorsorgeuntersuchung (Vergütung analog einer Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten eines Erwachsenen).

**Für Erwachsene:**

a) Erweiterte Krebsvorsorge (einmal innerhalb von drei Jahren):
Für Frauen ab dem vollendeten 20. Lebensjahr:
Gynäkologische Anamnese und Beratung; Ultraschall der Gebärmutter, der Eierstöcke, eines weiteren inneren Organs; Blutentnahme, Blutbild, Differenzialblutbild; Nativpräparat; Urin-Teststreifen.
Für Männer ab dem vollendeten 45. Lebensjahr:
Urologische Anamnese und Beratung; Ultraschall der Prostata, der Nieren, eines weiteren inneren Organs; PSA-Test; Blutentnahme, Blutbild, Differenzialblutbild; Urin-Teststreifen.

b) Ab dem vollendeten 20. Lebensjahr (einmal innerhalb von zwei Jahren):
Vorsorgeuntersuchung auf Hautkrebs.

c) Ab dem vollendeten 20. Lebensjahr bis zum vollendeten 34. Lebensjahr (einmal innerhalb von vier Jahren):
Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten; Lungenfunktionsprüfung; Belastungs-EKG; Blutentnahme; Blutsenkung, Blutbild, Differenzialblutbild; Blutuntersuchung (Glukose, CRP, Cholesterin, HDL-, LDL-Cholesterin, Harnsäure, Harnstoff, Kreatinin, Gamma-GT, GPT, GOT); Urin-Teststreifen.

d) Ab dem vollendeten 35. Lebensjahr in Verbindung mit der gesetzlichen Gesundheitsuntersuchung (einmal innerhalb von zwei Jahren):
Lungenfunktionsprüfung; Belastungs-EKG; Blutsenkung, Blutbild, Differenzialblutbild; Blutuntersuchung (CRP, Harnsäure, Harnstoff, Kreatinin, Gamma-GT, GPT, GOT); Urin-Teststreifen.

e) Ab dem vollendeten 45. Lebensjahr zusätzlich (einmal innerhalb von drei Jahren):
Untersuchung zur Glaukom-Früherkennung.

f) Ab dem vollendeten 55. Lebensjahr zusätzlich (einmal innerhalb von drei Jahren):
Doppler-Sonographie zur Schlaganfallvorsorge.

Leistungen gemäß Punkt II. 1.10. werden bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet. Unter Regelhöchstsatz ist der 2,3-fache Satz der GOÄ zu verstehen, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8-fache Satz und bei Leistungen nach Abschnitt M der 1,15-fache Satz.

Die in der Tarifbedingung zu § 1 (2) b MB/KK 2009 vorgesehenen Leistungseinschränkungen finden keine Anwendung.

**1.11. Ambulante Entwöhnungsbehandlungen zu 70 %**

der erstattungsfähigen Aufwendungen. Erstattungsfähig sind die medizinischen Versorgungskosten von insgesamt bis zu zwei ambulanten Entwöhnungsbehandlungen, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht. Vollständig durch andere Kostenträger finanzierte ambulante Entwöhnungsbehandlungen werden angerechnet. Als medizinische Versorgungskosten gelten ausschließlich die ärztlichen, psychotherapeutischen und medikamentösen Kosten einer maximal sechs Monate dauernden ambulanten Entwöhnungsbehandlung. Voraussetzungen sind, dass eine stoffgebundene Abhängigkeit außer Nikotinsucht vorliegt und dass der Versicherer vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

§ 5 (1) b) MB/KK 2009 findet insoweit keine Anwendung.

**1.12. Schutzimpfungen bei Auslandsreisen zu 100 %**

Es werden die Aufwendungen für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff vor Auslandsreisen bis zu **100 EUR** pro Versicherungsjahr erstattet (siehe dazu Tarifbedingung zu § 4 (1) MB/KK 2009). Versichert sind Impfungen gegen Cholera, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Hepatitis.

**1.13. Transportkosten zu 100 %**

Transportkosten bei ambulanter Behandlung sind erstattungsfähig, wenn es sich um einen Rettungstransport handelt oder wenn der Transport wegen Gehunfähigkeit der versicherten Person oder wegen der Folgen ambulant durchgeführter diagnostischer und/oder therapeutischer Maßnahmen (z. B. Dialyse, Chemotherapie, Röntgenbestrahlungen, ambulante Operationen) medizinisch notwendig ist.

**1.14. Digitale Gesundheitsanwendungen zu 100 %**

Voraussetzung ist, dass diese als Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung klassifiziert sind und ihre Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht. Die digitalen Gesundheitsanwendungen müssen dazu bestimmt sein, bei den Versicherten oder im Rahmen ihrer Versorgung durch Leistungserbringer die Gesundheit zu fördern oder die Erkennung, Überwachung und Behandlung ihrer Krankheiten oder Verletzungen zu unterstützen. Voraussetzung ist weiterhin, dass

– sie im Verzeichnis nach § 139e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) enthalten sind und ärztlich verordnet wurden oder

– durch vorherige Kostenzusage als erstattungsfähig anerkannt wurden oder

– durch den Versicherer selbst durch entsprechende Kooperationen mit Anbietern im Gesundheitswesen den Versicherten zur Verfügung gestellt werden.

Die digitalen Gesundheitsanwendungen müssen von den in der Tarifbedingung e zu § 4 (3) MB/KK 2009 genannten Behandelnden verordnet werden.

Der Versicherer behält sich vor, die Kostenerstattung für eine digitale Gesundheitsanwendung auf eine medizinisch sinnvolle Nutzungszeit zu begrenzen.

Die Kosten sind im Umfang der in Tarifbedingung e zu § 4 (3) MB/KK 2009 genannten Höchstsätze erstattungsfähig. Nicht erstattungsfähig sind Kosten, die im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung entstehen, wie Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten etwa für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien.

**2. Zahnärztliche Behandlung**

**2.1. Zahnbehandlung zu 100 %**

Als Zahnbehandlung gelten folgende ambulant durchgeführte Maßnahmen:

Allgemeine zahnärztliche Leistungen, prophylaktische Leistungen, konservierende Leistungen (mit Ausnahme von Kronen und Inlays), chirurgische Leistungen, Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums sowie Röntgenuntersuchungen.

Erstattungsfähig im Rahmen einer Zahnbehandlung sind weiterhin - auch bei stationärer Behandlung - Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers*) aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden.

**2.2. Zahnersatz, Kieferorthopädie zu 80 %**

Als Zahnersatz gelten folgende ambulant durchgeführte Maßnahmen:

Prothetische Leistungen einschließlich Kronen und Inlays (Einlagefüllungen), Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische sowie implantologische Leistungen.

Erstattungsfähig im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung für Zahnersatz oder Kieferorthopädie - auch bei stationärer Behandlung - sind weiterhin zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers*) aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden.

Zu Beginn der Versicherung gelten für Zahnersatz und Kieferorthopädie insgesamt folgende Erstattungshöchstbeträge:

| | | |
|---|---|---|
| Höchstsatz bis zum Ende des 2. Versicherungsjahres | **insgesamt** | **1.600 EUR** |
| Höchstsatz bis zum Ende des 4. Versicherungsjahres | **insgesamt** | **3.200 EUR** |
| Höchstsatz bis zum Ende des 6. Versicherungsjahres | **insgesamt** | **6.400 EUR** |
| ab dem 7. Versicherungsjahr | **unbegrenzt** | |

Sind Zahnersatz oder Kieferorthopädie wegen eines Unfalles (siehe Tarifbedingung zu § 1 (1) MB/KK 2009) erforderlich, der nach der Policierung eingetreten ist, so entfallen die Höchstsätze für den jeweiligen Versicherungsfall.

zu Punkt II. 2.1. und II. 2.2.:

Der Versicherer kann das Preis- und Leistungsverzeichnis zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Personen anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz.

*) Das Preis- und Leistungsverzeichnis ist diesen Unterlagen beigefügt.

**III. Pauschalerstattung für nicht in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen**

Zu Beginn der Versicherung nach Tarif AZP erhält der Versicherungsnehmer für die versicherte Person das Wahlrecht zwischen den beiden nachfolgenden Auszahlungsmodalitäten der Pauschalerstattung. Die gewählte Auszahlungsmodalität kann nicht geändert werden.

Unabhängig von der gewählten Auszahlungsmodalität schließen Erstattungspauschalen für Hausentbindungen und ambulante Operationen (Punkt II. 1.8. sowie II. 1.9.) den Anspruch auf eine Pauschalerstattung für nicht in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen nicht aus. Gleiches gilt bei Aufwendungen für bildgebende Verfahren zur Früherkennung bösartiger Neubildungen gemäß Punkt II 1.3. c) der Versicherungsbedingungen des Tarifs EGO2.

Maßgebliche Grundlage für die Höhe der Pauschalerstattung ist der tarifliche Zahlbeitrag ohne gesetzlichen Zuschlag gemäß § 149 VAG.

**1. Auszahlungsmodalität 1: Pauschalerstattung als Beitragsstundung**

**Hat eine versicherte Person für ein Versicherungsjahr keine Leistungen gemäß Abschnitt II. in Anspruch genommen,** so erhält der Versicherungsnehmer für diese Person eine Pauschalerstattung für nicht in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen in Höhe der Hälfte des tariflichen Zahlbeitrags. Dies erfolgt, indem der Versicherer dem Versicherungsnehmer den entsprechenden Beitragsanteil stundet. Für die versicherte Person ist damit ab Versicherungsbeginn nur die Hälfte des tariflichen Zahlbeitrags zu zahlen, solange Leistungsfreiheit gemäß Abschnitt II. besteht.

**Nimmt die versicherte Person für ein Versicherungsjahr Leistungen gemäß Abschnitt II. in Anspruch,** so entfällt der Anspruch auf die gestundete Pauschalerstattung für nicht in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen für das gesamte Versicherungsjahr, in dem die Behandlung stattgefunden hat, sowie für das folgende Versicherungsjahr. Werden Leistungen gemäß Abschnitt II. für zwei unmittelbar folgende Versicherungsjahre in Anspruch genommen, entfällt der Anspruch auf die Pauschalerstattung für ein weiteres Versicherungsjahr. Für jedes weitere unmittelbar folgende Versicherungsjahr mit Leistungen gemäß Abschnitt II. verlängert sich der Zeitraum ohne Anspruch auf die Pauschalerstattung um jeweils weitere 12 Monate.

– **Bei fortlaufender Versicherung** ist für eine entsprechende Anzahl von Monaten der volle tarifliche Zahlbeitrag zu entrichten, zugunsten des Versicherungsnehmers beginnend am 01. des Monats, der auf die maßgebliche Leistungsabrechnung gemäß Tarif AZP folgt. Die maßgebliche Leistungsabrechnung ist diejenige, die jeweils zum Fortfall der Pauschalerstattung führt.

– **Endet der Versicherungsschutz** nach Tarif AZP während der Dauer der vollen Beitragszahlung, so werden die noch ausstehenden gestundeten hälftigen tariflichen Zahlbeiträge sofort fällig. Werden Leistungen gemäß Abschnitt II. nach Ende des Versicherungsschutzes für Tarif AZP abgerechnet, entfällt der Anspruch auf die Pauschalerstattung, und die entsprechenden gestundeten halben tariflichen Zahlbeiträge sind sofort nachzuzahlen.

Für die Ermittlung des gesetzlichen Zuschlags sowie die Zahlung des Anwartschaftsbeitrags ist der volle tarifliche Zahlbeitrag maßgebend.

Falls die Versicherung nach Inanspruchnahme von Leistungen gemäß Abschnitt II. ruhend oder in Anwartschaft geführt wird, verlängert sich die Zahlungsdauer für den vollen tariflichen Zahlbeitrag entsprechend der Unterbrechung. Sie verkürzt sich entsprechend um die Dauer von Ruhens- und Anwartschaftszeiten vor Behandlungsbeginn im Behandlungsjahr.

Sofern für ein Versicherungsjahr der Anspruch auf die Pauschalerstattung nicht entfällt (d. h. für dieses Versicherungsjahr und das Jahr davor werden keine Leistungen gemäß Abschnitt II. in Anspruch genommen), wird auf die Nacherhebung des für dieses Jahr gestundeten Beitragsanteils verzichtet.

**2. Auszahlungsmodalität 2: Pauschalerstattung als garantierte Beitragsrückerstattung**

Der Versicherungsnehmer erhält je Versicherungsjahr für jede nach Tarif AZP versicherte Person eine Pauschalerstattung für nicht in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen in Höhe der Hälfte der auf das unmittelbar vorhergehende Versicherungsjahr entfallenden tariflichen Zahlbeiträge des Tarifs AZP, wenn die betreffende versicherte Person zum 31.3. des aktuellen Versicherungsjahres die unter a) bis c) genannten Voraussetzungen erfüllt:

a) In den beiden vorhergehenden Versicherungsjahren wurden keine Leistungen gemäß Abschnitt II. in Anspruch genommen.

b) Zum 31.3. des aktuellen Versicherungsjahres besteht Versicherungsschutz nach einer Krankheitskostenversicherung der HanseMerkur Krankenversicherung AG.

c) Die Versicherung nach Tarif AZP wurde im vorhergehenden Versicherungsjahr nicht länger als einen Monat in Anwartschaft oder ruhend geführt.

Für das erste Versicherungsjahr erhält der Versicherungsnehmer die Pauschalerstattung, sofern dieses leistungsfrei war und zum 31.3. des zweiten Versicherungsjahres die Voraussetzungen b) bis c) erfüllt sind. Bestand die Versicherung nach Tarif AZP im vorhergehenden Versicherungsjahr weniger als 12 Monate, so wird die Pauschalerstattung anteilig geleistet.

Hat die versicherte Person für ein Versicherungsjahr Leistungen gemäß Abschnitt II. in Anspruch genommen, so entfällt der Anspruch auf Pauschalerstattung für das gesamte Versicherungsjahr sowie für das folgende Versicherungsjahr. Für jedes weitere unmittelbar folgende Versicherungsjahr mit Leistungen gemäß Abschnitt II. verlängert sich der Zeitraum ohne Anspruch auf Pauschalerstattung um ein weiteres Versicherungsjahr.

Die Auszahlung erfolgt im April des aktuellen Versicherungsjahres.

**IV. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung**

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der Tarifbedingungen.

HanseMerkur

# Tarif EGO2

**Tarif der Krankheitskostenversicherung als Ergänzung zu dem Tarif AZP**

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) mit Tarifbedingungen 2009 (TB/KK 2009).

## I. Versicherungsfähigkeit

Der Tarif EGO2 kann nur in Verbindung mit dem Tarif AZP der HanseMerkur Krankenversicherung AG (Hauptversicherung) abgeschlossen werden und endet mit dem Wegfall der Hauptversicherung.

## II. Leistungen des Versicherers

### 1. Ambulante Heilbehandlung

Die unter Punkt II. 1.1. aufgeführten Leistungen sind nur nach Vorleistung aus der Hauptversicherung erstattungsfähig.

#### 1.1. Sehhilfen / Refraktive Eingriffe und Laserbehandlungen zur Korrektur der Fehlsichtigkeit

**1.1.1. Sehhilfen**

Der Versicherer erstattet **100 %**

der Aufwendungen für Sehhilfen. Die Erstattung ist inklusive der Vorleistung aus der Hauptversicherung auf **600 EUR innerhalb von 24 Monaten** begrenzt.

**1.1.2. Refraktive Eingriffe und Laserbehandlungen zur Korrektur der Fehlsichtigkeit**

Der Versicherer erstattet **100 %**

der Aufwendungen für refraktive Eingriffe und Laserbehandlungen zur Korrektur der Fehlsichtigkeit. Die Erstattung ist inklusive der Vorleistung aus der Hauptversicherung auf **4000 EUR innerhalb von 60 Monaten** begrenzt.

Zu den refraktiven Eingriffen und Laserbehandlungen zur Korrektur der Fehlsichtigkeit gehören z. B. LASEK- und LASIK-Operationen, Implantation einer Linse auf die körpereigene Linse oder refraktiver Linsenaustausch zur Korrektur der Fehlsichtigkeit. Laserbehandlungen anderer Augenerkrankungen wie z. B. Katarakt oder Netzhautablösung gehören nicht zu den refraktiven Eingriffen.

Nach einem refraktiven Eingriff oder einer Laserbehandlung zur Korrektur der Fehlsichtigkeit besteht ein Anspruch auf Leistungen für Sehhilfen (Punkt II. 1.1.1.) aus Tarif EGO2 erst nach 60 Monaten. Bei einer Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien entsteht ein Anspruch auf Sehhilfen bereits vor Ablauf der 60 Monate.

#### 1.2. Maßnahmen zur Stressbewältigung

Für versicherte Personen ab dem vollendeten 15. Lebensjahr werden die folgenden Leistungen zur Verfügung gestellt:

Erstattet werden **100 %**

der Aufwendungen für die Teilnahme an einem Seminar im Rahmen eines vom Versicherer vorgegebenen individuellen Programms (z. B. per Telefon oder Online) bei einem vorgegebenen Gesundheitsdienstleister zur Aufklärung über Stress-Symptome und -Ursachen und zum Erlernen von Stressmanagement-Strategien. Dazu zählen Verfahren, um Stress vorzubeugen, bestehenden Stress abzubauen und Stressresistenz zu trainieren. Kosten für ein erneutes Seminar werden nur dann erstattet, wenn seit dem Abschluss einer derartigen Maßnahme mindestens 24 Monate vergangen sind.

Der Versicherer stellt eine kostenfreie Telefonhotline zur Beantwortung stressrelevanter medizinischer Fragen zur Verfügung.

Der Versicherer stellt einen kostenfreien telefonischen Facharztterminservice zur kurzfristigen Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem Facharzt oder Psychologischen Psychotherapeuten im Falle stressrelevanter Beschwerden zur Verfügung.

#### 1.3. Früherkennung bösartiger Neubildungen

a) Für versicherte Personen ab einem Alter von 18 Jahren erstattet der Versicherer **je Versicherungsjahr die Aufwendungen der Durchführung eines PanTum Detect® Tests**, sofern zum Zeitpunkt der Durchführung keines der für den Test aus rein medizinischen Gründen vorgegebenen Ausschlusskriterien zutrifft.

Der PanTum Detect® Test dient der Früherkennung bösartiger Neubildungen. Grundlage des Tests ist ein Bluttest, bei dem die Werte (Scores) der Biomarker Apo10 und TKTL1 ermittelt und ausgewertet werden.

Der PanTum Detect® Test kann durch ein alternatives Testverfahren ersetzt oder ergänzt werden, sofern sich das neue Testverfahren gleichermaßen oder in höherem Maße zur Früherkennung bösartiger Neubildungen eignet. Voraussetzung hierfür ist, dass

die Änderung zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint (z. B. weil aufgrund des wissenschaftlichen Fortschritts ein verbesserter Test zur Verfügung steht oder weil der PanTum Detect® Test durch den Hersteller nicht mehr angeboten wird) und ein unabhängiger Treuhänder die Änderung überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz.

b) Die versicherte Person kann für telefonische oder Online-Beratungen zum Thema Prävention und Heilbehandlung bösartiger Neubildungen folgende **Assistanceleistungen** erhalten, sofern diese durch die HanseMerkur Krankenversicherung AG erfolgen oder vermittelt werden:

- Grundsätzliche Erläuterungen zum PanTum Detect® Test
- Information und Beratung zum gesetzlichen Krebsfrüherkennungsprogramm
- Beratung zu allen medizinischen Gesundheitsfragen durch Ärzte
- Teilnahme an einem Beratungsprogramm bei Krebserkrankungen zur Aufklärung und Beratung zu Diagnostik und Therapiemöglichkeiten (telefonisch oder Online)
- Unterstützung bei der Arzt- und Krankenhausauswahl
- Arzt-Termine-Service
- Arzneimittelberatung
- Ärztliche Zweitmeinung, auch vor Operationen
- Fitness- und Ernährungsberatung

Für Leistungen nach Punkt II. 1.3. a) und b) entfallen die gemäß § 3 (2) MB/KK 2009 vereinbarten Wartezeiten.

c) Bei auffälligen PanTum Detect® Testergebnissen erstattet der Versicherer die Aufwendungen für die **Durchführung bildgebender Verfahren zur Lokalisierung einer möglichen bösartigen Neubildung** in Form einer Positronen-Emissions-Tomographie und Computertomographie (PET-CT) und einer Kopf-Hals Magnetresonanztomographie (MRT). Bei begründetem Verdacht auf ein Prostatakarzinom erstattet der Versicherer eine Prostata-MRT:

**Die Erstattung der zuvor genannten Aufwendungen** erfolgt, wenn das PanTum Detect® Testergebnis

(1) **erstmalig** auffällig ist oder

(2) **erneut** auffällig ist und der vor dem auffälligen Testergebnis zuletzt durchgeführte PanTum Detect® Test kein auffälliges Testergebnis lieferte.

Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt auch, wenn Folgetests ein besonders auffälliges PanTum Detect® Testergebnis liefern. Ein besonders auffälliges PanTum Detect® Testergebnis liegt vor, wenn die nachstehenden Voraussetzungen sämtlich erfüllt werden:

(1) Ein durchgeführter PanTum Detect® Test lieferte ein auffälliges Testergebnis,

(2) eine anschließend durchgeführte PET-CT und eine Kopf-Hals MRT, bei begründetem Verdacht auch eine durchgeführte Prostata-MRT, zur Lokalisation möglicher bösartiger Neubildungen ergab einen negativen Befund und

(3) ein aktuell durchgeführter PanTum Detect® Test ergibt einen um mindestens 10 Punkte höheren PanTum Detect® Score gegenüber dem letzten Test, aufgrund dessen eine PET-CT, eine Kopf-Hals MRT oder eine Prostata-MRT durchgeführt wurde.

Klarstellend wird darauf hingewiesen, dass die Aufwendungen für die Durchführung bildgebender Verfahren aus der Hauptversicherung erstattet werden.

Ein ggf. bestehender Anspruch auf die Pauschalerstattung für nicht in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen aus der Hauptversicherung bleibt bei Inanspruchnahme von Leistungen gemäß Punkt II. 1.3. erhalten.

## 2. Zahnärztliche Behandlung

### 2.1. Zahnprophylaxe zu 100 %

Erstattungsfähig sind die folgenden zahnmedizinischen Prophylaxemaßnahmen:

- Professionelle Zahnreinigung,
- Zahnsteinentfernung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung,
- Professionelle Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Kontrolle des Übungserfolgs.

Die Erstattung für Leistungen gemäß Punkt II. 2.1. ist auf

**maximal 120 EUR pro Kalenderjahr**

begrenzt. Ein ggf. bestehender Anspruch auf die Pauschalerstattung für nicht in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen aus der Hauptversicherung bleibt bei Inanspruchnahme von Leistungen gemäß Punkt II. 2.1. erhalten.

**2.2. Zahnersatz und Kieferorthopädie**

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie werden inklusive der Vorleistung aus der Hauptversicherung

**insgesamt zu 90 %**

erstattet. Die Gesamterstattung ist bis zum Ende des 6. Versicherungsjahres auf die tariflichen Höchstsätze aus der Hauptversicherung begrenzt (Zahnstaffel). Erfolgt keine Vorleistung aus der Hauptversicherung, so besteht auch kein Anspruch aus Tarif EGO2.

Als Zahnersatz gelten folgende ambulant durchgeführte Maßnahmen:

Prothetische Leistungen einschließlich Kronen und Inlays (Einlagefüllungen), Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische sowie implantologische Leistungen.

Erstattungsfähig im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung für Zahnersatz oder Kieferorthopädie - auch bei stationärer Behandlung - sind weiterhin zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers*) aufgeführt sind.

Der Versicherer kann das Preis- und Leistungsverzeichnis zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Personen anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz.

*) Das Preis- und Leistungsverzeichnis ist diesen Unterlagen beigefügt.

**3. Gebührenordnung**

Erstattungsfähig sind die Teile einer nach § 2 GOÄ/GOZ vereinbarten Honorarforderung für ambulante Arztbehandlung oder ambulante zahnärztliche Behandlung, deren Berechnung oberhalb der jeweiligen Höchstsätze der Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ) erfolgt ist. Voraussetzung ist, dass die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen nicht in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen und für die eingereichten Aufwendungen Leistungen aus der Hauptversicherung bezogen werden.

Die unter **ambulanter Arztbehandlung und ambulanter Zahnbehandlung** aufgeführten Leistungen der Hauptversicherung werden

**zu 100 %**,

und die unter **Zahnersatz und Kieferorthopädie** aufgeführten Leistungen einschließlich der Leistung aus Tarif EGO2

**zu 90 %**

erstattet. Ferner sind bis zum Ende des 6. Versicherungsjahres die Erstattungen aus der Hauptversicherung und dem Tarif EGO2 für Zahnersatz und Kieferorthopädie in Summe auf die Erstattungshöchstbeträge der Hauptversicherung begrenzt.

Die Tarifbedingung zu § 4 (2) der MB/KK 2009 findet bezüglich der Einschränkung auf die Höchstsätze der Gebührenordnungen GOÄ und GOZ keine Anwendung. Die Höchstbeträge für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers aufgeführt sind, finden keine Anwendung.

**Nicht versicherte Leistungen:**

Für die nachfolgenden im Tarif AZP aufgeführten Leistungen können keine Erstattungen aus Tarif EGO2 in Anspruch genommen werden:

- Ambulante psychotherapeutische Behandlung,
- Naturheilkundliche Heilbehandlungen durch Ärzte und Heilpraktiker,
- Ambulante Entwöhnungsbehandlungen,
- Schutzimpfungen bei Auslandsreisen.

**III. Beitragsbefreiung bei Elterngeldbezug oder während Pflegezeit**

Während der ersten sechs Monate des Bezugs von Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes oder während der ersten sechs Monate einer Pflegezeit im Sinne des Pflegezeitgesetzes entfällt die Beitragszahlung nach den Tarifen AZP, EGO2, PS3 und ggf. weiteren versicherten Tarifen mit Absicherung von stationären Wahlleistungen für diejenige versicherte Person, die Elterngeld bezieht bzw. Pflege erbringt. Hierfür sind dem Versicherer spätestens sechs Monate nach Beginn der Eltern- bzw. Pflegezeit geeignete Nachweise vorzulegen. Voraussetzung für die Beitragsbefreiung ist ferner, dass für die betreffende Person zwölf Monate vor Beitragsfreistellung ununterbrochen Versicherungsschutz nach Tarif EGO2 bestand und die Beiträge vollständig entrichtet wurden. Der Versicherungsschutz bleibt während der Beitragsbefreiung in vollem Umfang bestehen.

HanseMerkur

# Tarif PS3

**Krankheitskostentarif für stationäre Krankenhausbehandlung in einem Drei- oder Mehrbettzimmer**

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) mit Tarifbedingungen 2009 (TB/KK 2009).

## I. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 Muster- und Tarifbedingungen)

**Allgemeine Krankenhausleistungen**

a) Erstattungsfähig sind die Kosten für Allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Dazu gehören:

- Pflegesätze
- Fallpauschalen
- Sonderentgelte
- gesondert berechenbare Leistungen eines Belegarztes, einer Beleghebamme bzw. des -entbindungspflegers
- vor- und nachstationäre Heilbehandlung (im Sinne von § 115a SGB V)

Aufwendungen für Material- und Laborkosten im Zusammenhang mit Zahnbehandlung, -ersatz oder Kieferorthopädie sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Aufwendungen für gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung und gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer sind nicht erstattungsfähig.

Werden nach einer Entbindung für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Neugeborenen Kosten berechnet, so gelten sie als für die Mutter entstanden. Sie werden im tariflichen Rahmen zusammen mit den Entbindungskosten erstattet.

Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen, werden Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß BPflV oder KHEntgG angefallen wäre.

Für stationäre Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlung wird kein Kostenzuschuss gezahlt, d. h. die Tarifbedingung zu § 5 (1) d MB/KK 2009 findet keine Anwendung.

b) Erstattet werden die Kosten medizinisch notwendiger Transporte zum und vom nächstgelegenen, für die Heilbehandlung erforderlichen Krankenhaus.

## II. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der Tarifbedingungen.



HanseMerkur Krankenversicherung AG Siegfried-Wedells-Platz 1 20354 Hamburg Tel.: 040 4119-4119, Fax: -3257 www.hansemerkur.de

HanseMerkur

# Tarif SBE

**Krankheitskostentarif**

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) mit Tarifbedingungen 2009 (TB/KK 2009).

## I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif SBE sind Personen, die eine substitutive Krankenversicherung (Vollversicherung) bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG abschließen oder abgeschlossen haben. Versicherungsfähigkeit besteht nur für die Dauer einer derartigen Vollversicherung. Der Tarif SBE ist nicht in Verbindung mit Tarif MINI abschließbar. Das Mindestalter bei Abschluss beträgt 20 Jahre.

## II. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 MB/KK 2009 und TB/KK 2009)

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn ein Leistungsanspruch aus der Vollversicherung ab dem 1. Januar des Jahres begründet wird, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet. Der Versicherer zahlt in diesem Fall den vereinbarten Betrag, begrenzt auf die für diesen Versicherungsfall aus der Vollversicherung erstattungsfähigen Kosten, höchstens jedoch den für das Behandlungsjahr einzubehaltenden Selbstbehalt der Vollversicherung. Vor dem 1. Januar des Jahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, besteht aus Tarif SBE kein Leistungsanspruch. Tarifliche Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen aus der Vollversicherung für z. B. Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel und Fahrtkosten sind nicht erstattungsfähig. Treten innerhalb eines Versicherungsjahres mehrere Versicherungsfälle ein, wird insgesamt höchstens der vereinbarte Betrag und höchstens der für das Behandlungsjahr einzubehaltende Selbstbehalt der Vollversicherung erstattet.

Fällt aufgrund der Leistungspflicht eines anderen Kostenträgers kein Selbstbehalt aus der Vollversicherung an, entfällt die Leistungspflicht des Versicherers.

## III. Höhe des vereinbarten Betrags

Der maximal zu erstattende Betrag pro Versicherungsjahr kann in 10 EUR-Stufen vereinbart und im laufenden Jahr zum 01.01. des Folgejahres nachträglich erhöht oder gesenkt werden. Diese Änderung ist dann ab dem 01.01. des Folgejahres für die nächsten 24 Monate gültig und kann erst danach erneut geändert werden.

Die Höhe des vereinbarten Betrags wird bei der Tarifbezeichnung angegeben. Wird z. B. 150 EUR vereinbart, so lautet die Tarifbezeichnung SBE/150.

## IV. Anpassungsklausel

Ändert sich der Selbstbehalt der bestehenden Vollversicherung infolge einer Beitragsanpassung, einer Umstufung oder eines individuellen Tarifwechsels, so kann die Höhe des vereinbarten Betrags innerhalb von 2 Monaten nach dem Änderungszeitpunkt rückwirkend zum 01.01. des Jahres, in dem die Änderung stattgefunden hat, entsprechend angepasst werden.

## V. Obliegenheiten

Ergänzend zu § 9 MB/KK 2009 und TB/KK 2009 bedarf der Abschluss einer weiteren Absicherung des Selbstbehalts der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Versicherers.

Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang zu den MB/KK 2009 und TB/KK 2009) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die obige Obliegenheit verletzt wird. Der Versicherer kann unter den Voraussetzungen des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang zu den MB/KK 2009 und TB/KK 2009) innerhalb eines Monats nach Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

## VI. Beendigung

1. Endet die Versicherung nach Tarif SBE, so wird die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Alterungsrückstellung beitragsmindernd auf den Beitrag einer bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG für die versicherte Person bestehenden Krankheitskostenversicherung angerechnet. Besteht keine solche Krankheitskostenversicherung, so verfällt die Rückstellung aus dem Tarif zugunsten der Versichertengemeinschaft.

2. Endet die Krankheitskostenversicherung einer versicherten Person, so endet auch die Versicherung nach Tarif SBE.

Der Versicherer verzichtet auf das Kündigungsrecht gemäß § 14 (1) MB/KK 2009.

HanseMerkur

# Tarif PSV

**Krankheitskostentarif für Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung**

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) mit Tarifbedingungen 2009 (TB/KK 2009).

## I. Versicherungsfähigkeit

Der Tarif PSV kann nur zusammen mit einem Tarif einer Krankheitskostenvollversicherung der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen werden, der allgemeine Krankenhausleistungen enthält. Endet die Versicherung für die allgemeinen Krankenhausleistungen, so endet auch die Versicherung nach Tarif PSV.

## II. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 Muster- und Tarifbedingungen)

**Erstattung der Wahlleistungen (§ 17 KHEntgG) bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung (auch bei Entbindungen und Fehlgeburten) - mit unbegrenzter Leistungsdauer - in einem Ein- oder Zweibettzimmer mit Chefarztbehandlung**

### 1. Erstattungsfähige Kosten:

a) Erstattungsfähig sind die Kosten für Wahlleistungen gemäß § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). Hiernach gelten als Wahlleistungen die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung durch den Chefarzt. Die privatärztliche Behandlung durch den Belegarzt wird der Chefarztbehandlung gleichgestellt. Soweit Krankenhäuser gesonderte Zuschläge für besondere Verpflegungsarten, Bereitstellung eines Fernsprechers oder für Radio- und Fernsehgeräte erheben, werden diese tarifgemäß erstattet.

Privatärztliche Behandlungen sind über den Höchstsätzen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig, wenn dies durch besondere krankheitsbedingte Erschwernisse begründet ist und die Aufwendungen nach den Bemessungskriterien dieser Gebührenordnungen angemessen sind, vgl. § 2 GOÄ / GOZ.

Aufwendungen für Material- und Laborkosten im Zusammenhang mit Zahnbehandlung, -ersatz oder Kieferorthopädie sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (z. B. Pflegesätze, Fallpauschalen und Sonderentgelte) sind nicht erstattungsfähig. Die Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung des gesunden Neugeborenen sind bei Nachversicherung eingeschlossen, vgl. § 2 (2) MB/KK 2009.

Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen, werden Aufwendungen für Wahlleistungen im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß KHEntgG angefallen wäre.

b) Die Kosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransports aus dem Ausland nach Deutschland werden erstattet. Dies gilt nicht, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung im Ausland sichergestellt ist. Wurde die Auslandsreise gegen ärztlichen Rat angetreten, erfolgt die Leistung nur im Falle eines Unfalls. Bei Auslandsreisen werden ferner nach dem Tod einer versicherten Person die Überführungskosten nach Deutschland oder Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen erstattet, die bei einer Überführung entstanden wären. Dieser Versicherungsschutz gilt für kurzfristige Auslandsreisen bis zu einer planmäßigen Dauer von drei Monaten. Die Dauer ist vom Versicherungsnehmer auf Verlangen nachzuweisen.

c) Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson anlässlich eines Krankenhausaufenthaltes des versicherten Kindes, wenn die Leistung nicht über die allgemeinen Krankenhausleistungen abgedeckt ist, vgl. § 2 (2) Nr. 3 KHEntgG. Diese Leistung wird bis zum Ende des Kalenderjahres gezahlt, in dem das versicherte Kind das 14. Lebensjahr vollendet.

### 2. Krankenhaustagegeld:

Bei einem Verzicht auf Kostenerstattung versicherter Leistungen wird pro Behandlungstag ersatzweise ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe gezahlt:

- bei Verzicht auf die Erstattung für die gesonderte Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer 35 EUR,
- bei Verzicht auf die Erstattung für privatärztliche stationäre Behandlung 25 EUR.

## III. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der Tarifbedingungen.

PSV 01.15

HanseMerkur

# Tarif clinic A

**Krankheitskostentarif für stationäre Krankenhausbehandlung bei schwerwiegenden Erkrankungen**

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

## I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die bei einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland versichert sind, mit Ausnahme von Personen, welche als Berufssportler (Sportprofis) tätig sind oder welche bei einer Fluggesellschaft angestellt sind (Luftfahrt- und Bodenpersonal). Das Höchstaufnahmealter des Tarifs ist 60 Jahre. Neben Tarif clinic A darf bei keinem Unternehmen ein anderer Tarif für Wahlleistungen bestehen, der zumindest gleiche Leistungen wie Tarif clinic A beinhaltet.

## II. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 AVB/KS)

**Erstattung der Wahlleistungen (§ 16 BPflV bzw. § 17 KHEntgG) bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung in einem Ein- oder Zweibettzimmer mit Chefarztbehandlung wegen schwerwiegender Erkrankungen (zum Begriff der schwerwiegenden Erkrankung vgl. Nummer II. 1. B.)**

### 1. Erstattungsfähige Kosten:

A. Erstattungsfähig sind im Versicherungsfall - siehe Nummer II. 1. B. - die Kosten für Wahlleistungen gemäß § 16 der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. gemäß § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). Hiernach gelten als Wahlleistungen die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung. Soweit Krankenhäuser gesonderte Zuschläge für besondere Verpflegungsarten, Sanitärzelle, Fernsprecher, Radio- und Fernsehgeräte erheben, werden diese tarifgemäß erstattet. Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung) sind im Rahmen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte erstattungsfähig (§ 4 (2) AVB/KS). Aufwendungen für Material- und Laborkosten im Zusammenhang mit Zahnbehandlung, -ersatz oder Kieferorthopädie sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Maßgeblich für die Kostenerstattung ist, für welche Unterbringungsart (Ein- oder Zweibettzimmer) das Krankenhaus den Zuschlag zu den allgemeinen Krankenhausleistungen (Mehrbettzimmer) berechnet. Mit den Behandlungskostenrechnungen sind diesbezügliche Nachweise vorzulegen.

Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen, werden Aufwendungen für Wahlleistungen im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß BPflV oder KHEntgG angefallen wäre.

Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (z. B. Pflegesätze, Fallpauschalen und Sonderentgelte) sind nicht erstattungsfähig.

Für stationäre Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlungen leistet der Versicherer nicht.

B. Leistungspflicht nach Nummer II. 1. A. besteht nur für nachfolgende schwerwiegende Erkrankungen und Therapien:

a) Akuter Herzinfarkt inkl. Herzkatheterinterventionen und operativer Maßnahmen,

b) Bösartige Neubildungen (Krebs, Tumor),

c) Chronische Niereninsuffizienz (Nierenversagen) mit Dialysepflichtigkeit,

d) Hirnblutung oder akuter Hirninfarkt (Schlaganfall),

e) Knochenmarksversagen,

f) Offene Schädel-Hirn-Verletzung oder Schädel-Hirn-Trauma,

g) Multiple Sklerose,

h) Operationen am Gehirn,

i) Operationspflichtiges Aortenaneurysma (Erweiterung der Hauptschlagader),

j) Verbrennungen III. Grades von mindestens 15 % der Hautoberfläche,

k) Organtransplantation: Durchführung einer Transplantation als Empfänger eines Herzens, einer Lunge, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse oder des Knochenmarks eines Fremdspenders,

l) AIDS und HIV,

m) Koma oder Wachkoma.

Leistungsvoraussetzung ist die ärztliche Verordnung einer Krankenhausbehandlung aufgrund einer der unter den Nummern II. 1. B. Buchst. a bis m aufgeführten Krankheiten und Therapien. Die Leistungspflicht für die dort genannten Krankheiten und Therapien entfällt, wenn die zugehörige Diagnose bereits vor Versicherungsbeginn gestellt wurde.

Sofern die Erkrankung erst während einer stationären Therapie diagnostiziert wird, gilt für den Anspruch auf stationäre Wahlleistungen ein durch ärztliche Voruntersuchung begründeter Krankheitsverdacht zunächst als ausreichend. Stellt sich jedoch im Verlauf der Krankenhausbehandlung heraus, dass keine der unter den Nummern II. 1. B. Buchst. a bis m genannten Erkrankungen vorliegt bzw. keine der dort genannten Therapien notwendig sind, endet die Leistungspflicht mit Ablauf des dritten Tages, nach dem die endgültige Diagnose gestellt wurde. Der Versicherer ist unverzüglich über die geänderte Diagnose zu informieren.

**2. Krankenhaustagegeld:**

Bei einem Verzicht auf Kostenerstattung versicherter Leistungen wird pro Behandlungstag ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe gezahlt:

– bei Verzicht auf die Erstattung für die bessere Unterkunft (Ein- und Zweibettzimmer) 30 EUR,

– bei Verzicht auf die Erstattung für privatärztliche stationäre Behandlung 20 EUR.

**3. Ende des Versicherungsschutzes:**

Der Vertrag endet am 31.12. des 10. Versicherungsjahres, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr.

**4. Option:**

Der Versicherungsnehmer erhält für jede versicherte Person das Recht, innerhalb von 6 Wochen vor und nach Beendigung des Tarifs clinic A gemäß Nummer II. 3. in eine Versicherung zu wechseln, die vollständige stationäre Wahlleistungen umfasst (Ein- oder Zweibettzimmer, Chefarztbehandlung). Der Risikozuschlag des neuen Tarifs ist bei Ausübung der Option auf 100 % des dann zu zahlenden Beitrags begrenzt. Für den neuen Tarif verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht gemäß § 14 (1) Satz 1 AVB/KS bzw. § 14 (2) MB/KK 2009.

**III. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung**

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der Tarifbedingungen.

HanseMerkur

# Tarif clinic U

**Krankheitskostentarif für stationäre Krankenhausbehandlung bei Unfällen**

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

## I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die bei einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland versichert sind, mit Ausnahme von Personen, welche als Berufssportler (Sportprofis) tätig sind oder welche bei einer Fluggesellschaft angestellt sind (Luftfahrt- und Bodenpersonal). Das Höchstaufnahmealter des Tarifs ist 60 Jahre. Neben Tarif clinic U darf bei keinem Unternehmen ein anderer Tarif für Wahlleistungen bestehen, der zumindest gleiche Leistungen wie Tarif clinic U beinhaltet.

## II. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 AVB/KS)

**Erstattung der Wahlleistungen (§ 16 BPflV bzw. § 17 KHEntgG) bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung in einem Ein- oder Zweibettzimmer mit Chefarztbehandlung wegen Unfallfolgen (zum Unfallbegriff vgl. § 1 (1) AVB/KS)**

### 1. Erstattungsfähige Kosten:

A. Erstattungsfähig sind die Kosten für Wahlleistungen gemäß § 16 der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. gemäß § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). Hiernach gelten als Wahlleistungen die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung. Soweit Krankenhäuser gesonderte Zuschläge für besondere Verpflegungsarten, Sanitärzelle, Fernsprecher, Radio- und Fernsehgeräte erheben, werden diese tarifgemäß erstattet. Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung) sind im Rahmen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte erstattungsfähig (§ 4 (2) AVB/KS). Aufwendungen für Material- und Laborkosten im Zusammenhang mit Zahnbehandlung, -ersatz oder Kieferorthopädie sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Maßgeblich für die Kostenerstattung ist, für welche Unterbringungsart (Ein- oder Zweibettzimmer) das Krankenhaus den Zuschlag zu den allgemeinen Krankenhausleistungen (Mehrbettzimmer) berechnet. Mit den Behandlungskostenrechnungen sind diesbezügliche Nachweise vorzulegen.

Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen, werden Aufwendungen für Wahlleistungen im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß BPflV oder KHEntgG angefallen wäre.

Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (z. B. Pflegesätze, Fallpauschalen und Sonderentgelte) sind nicht erstattungsfähig.

Für stationäre Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlungen leistet der Versicherer nicht.

Für stationäre Wahlleistungen, die nicht auf einen Unfall zurückzuführen sind, besteht keine Leistungspflicht.

Die Leistungspflicht entfällt für Unfälle und deren Folgen, sofern das Unfallereignis vor Versicherungsbeginn eingetreten ist. Der Versicherungsbeginn ist auf dem Versicherungsschein bzw. dem entsprechenden Nachtrag zum Versicherungsschein abgedruckt.

B. Die Leistungspflicht entfällt für Unfälle, die auf die Ausübung folgender Risikosportarten zurückzuführen sind:

Skispringen, Drachenfliegen, Paragliding, Motorrennsport, Boxen, Kickboxen, Thaiboxen, Vollkontaktkarate, Rugby oder Freeclimbing.

Der Versicherer kann auch für bestehende Verträge den Katalog der von der Leistungspflicht ausgeschlossenen Risikosportarten erweitern, wenn neue, gefährliche Sportarten einen signifikanten Anteil an den Leistungsfällen aufweisen. Die Änderung wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderung an den Versicherungsnehmer folgt. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

### 2. Krankenhaustagegeld:

Bei einem Verzicht auf Kostenerstattung versicherter Leistungen gemäß Nr. II. 1. wird pro Behandlungstag ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe gezahlt:

- bei Verzicht auf die Erstattung für die bessere Unterkunft (Ein- und Zweibettzimmer) 30 EUR,
- bei Verzicht auf die Erstattung für privatärztliche stationäre Behandlung 20 EUR.

**3. Rücktransport und Überführung:**

Bei maximal 6-wöchigen Auslandsreisen werden, unabhängig vom Vorliegen eines Unfalls, folgende Leistungen erstattet:

3.1 die über die bei planmäßiger Rückreise hinaus entstehenden Kosten für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport nach Deutschland. Die Aufwendungen für den Rücktransport werden nicht erstattet, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung im Ausland sichergestellt ist;

3.2 im Falle des Todes einer versicherten Person deren Überführungskosten nach Deutschland;

3.3 im Falle des Todes einer versicherten Person deren Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.

Die planmäßige Dauer der Auslandsreise ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Wird die Auslandsreise gegen ärztlichen Rat angetreten, erfolgt eine Erstattung nur dann, wenn ein Unfall vorliegt. Bei Reisen, die zum Zwecke der Behandlung im Ausland vorgenommen werden, besteht kein Versicherungsschutz nach Nummer II. 3.

**4. Ende des Versicherungsschutzes:**

Der Vertrag endet am 31.12. des 10. Versicherungsjahres, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr.

**5. Option:**

Der Versicherungsnehmer erhält für jede versicherte Person das Recht, innerhalb von 6 Wochen vor und nach Beendigung des Tarifs clinic U gemäß Nummer II. 4. in eine Versicherung zu wechseln, die vollständige stationäre Wahlleistungen umfasst (Ein- oder Zweibettzimmer, Chefarztbehandlung). Der Risikozuschlag des neuen Tarifs ist bei Ausübung der Option auf 100 % des dann zu zahlenden Beitrags begrenzt. Für den neuen Tarif verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht gemäß § 14 (1) Satz 1 AVB/KS bzw. § 14 (2) MB/KK 2009.

**III. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung**

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der Tarifbedingungen.

HanseMerkur

# Tarif KUT

**Kurtagegeldtarif**

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) mit Tarifbedingungen 2009 (TB/KK 2009).

## I. Versicherungsfähigkeit

Der Tarif KUT kann nur in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung oder einer stationären Zusatzversicherung, die bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG bestehen müssen, abgeschlossen werden. Die stationäre Zusatzversicherung muss uneingeschränkt, d. h. nicht nur auf bestimmte Ereignisse wie z. B. Unfälle bezogen, Versicherungsschutz für die Unterkunft (Einbettzimmer / Zweibettzimmer) und die Chefarztbehandlung bieten. Endet während der Versicherungsdauer die Krankheitskostenvollversicherung bzw. die Zusatzversicherung, so endet auch die Versicherung nach Tarif KUT. § 14 (1) Satz 2 MB/KK 2009 gilt entsprechend.

Das Kurtagegeld kann in Vielfachen von 10 EUR abgeschlossen werden.

## II. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 Muster- und Tarifbedingungen)

Es gelten folgende Leistungen je Versicherungsfall:

- bei stationären Genesungskuren wird der versicherte Tagessatz in voller Höhe für maximal **42 Tage** gezahlt,
- bei sonstigen medizinisch notwendigen stationären Kuren wird das versicherte Kurtagegeld in voller Höhe gegen Unterbringungsnachweis für maximal **42 Tage** gezahlt,
- bei sonstigen medizinisch notwendigen ambulanten Kuren wird das versicherte Kurtagegeld zur Hälfte für maximal **42 Tage** gezahlt.

Dabei versteht man unter

- stationären Genesungskuren: Anschlussheilbehandlungen sowie ärztlich verordnete stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, welche innerhalb von sechs Monaten nach einer stationären Krankenhausbehandlung angetreten werden. Die Maßnahmen müssen zur Sicherstellung des Heilerfolges der Krankheit medizinisch notwendig sein, welche den stationären Krankenhausaufenthalt verursacht hat. Die medizinische Notwendigkeit ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen,
- stationären Kuren: sonstige medizinisch notwendige stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen und
- ambulanten Kuren: sonstige medizinisch notwendige ambulante Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen.

Die Genesungskuren, stationären bzw. ambulanten Kuren müssen von einem Arzt verordnet sein. Keine Leistung erfolgt im Fall von Genesungskuren, stationären und ambulanten Kuren aufgrund psychotherapeutischer Indikationen.

Leistungsansprüche für stationäre Genesungskuren können unter Berücksichtigung von Wartezeiten sofort geltend gemacht werden. Tarifliche Leistungen für andere Kuren können nur dann beansprucht werden, wenn die Kur frühestens 12 Monate nach Versicherungsbeginn angetreten wurde. Leistungen können - außer bei stationären Genesungskuren - höchstens einmal innerhalb von 3 Kalenderjahren in Anspruch genommen werden.

## III. Tarifbezeichnung

Die Höhe des vereinbarten Kurtagegeldes wird bei der Tarifbezeichnung angegeben. Ist z. B. ein Kurtagegeld von 40 EUR vereinbart, so lautet die Tarifbezeichnung KUT/40.

## IV. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der Tarifbedingungen.

HanseMerkur

# Tarif KH

**Krankenhaustagegeldversicherung**

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) mit Tarifbedingungen 2009 (TB/KK 2009).

**A. Leistungen des Versicherers**

(§§ 4 - 6 Muster- und Tarifbedingungen)

Für jeden Tag eines medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthalts wird ohne Kostennachweis ein Krankenhaustagegeld in vereinbarter Höhe gezahlt.

Kein Krankenhaustagegeld wird bei stationärer Behandlung in Truppensanitätsbereichen oder diesen gleichstehenden Einrichtungen, bei teilstationärer bzw. vor- / nachstationärer Behandlung gezahlt.

Bei einer stationären Psychotherapie beträgt die Höchstleistungsdauer 25 Tage pro Kalenderjahr.

**B. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung**

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der Tarifbedingungen.



HanseMerkur Krankenversicherung AG Siegfried-Wedells-Platz 1 20354 Hamburg Tel.: 040 4119-1100, Fax: -3257 www.hansemerkur.de

HanseMerkur

# Tarif T

**Krankentagegeldtarif**

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung Musterbedingungen 2009 (MB/KT 2009) mit Tarifbedingungen 2009 (TB/KT 2009).

## A. Versicherungsfähigkeit

Nach den Tarifstufen T8, T15, T22 und T29 sind nur freiberuflich oder selbstständig Tätige mit regelmäßigen Einkünften aus selbstständiger Arbeit versicherungsfähig.

Nach den Tarifstufen T43 bis T365 sind außerdem Arbeitnehmer in einem festen Anstellungsverhältnis versicherungsfähig.

Personen, die den Richtlinien des Bundesministers für Verkehr für die Feststellung der Tauglichkeit des Luftfahrtpersonals unterliegen, und Personen, die als Berufssportler tätig sind (Sportprofis), sind nach dem Tarif T nicht versicherungsfähig.

## B. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 Muster- und Tarifbedingungen)

### 1. Leistungsdauer

Das Krankentagegeld wird für die Dauer einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit ohne zeitliche Begrenzung kalendertäglich gezahlt.

Das versicherte Krankentagegeld beginnt in der Tarifstufe

| | | |
|---|---|---|
| T8 | nach einer Karenzzeit von | 7 Tagen |
| T15 | nach einer Karenzzeit von | 14 Tagen |
| T22 | nach einer Karenzzeit von | 21 Tagen |
| T29 | nach einer Karenzzeit von | 28 Tagen |
| T43 | nach einer Karenzzeit von | 42 Tagen |
| T64 | nach einer Karenzzeit von | 63 Tagen |
| T85 | nach einer Karenzzeit von | 84 Tagen |
| T92 | nach einer Karenzzeit von | 91 Tagen |
| T106 | nach einer Karenzzeit von | 105 Tagen |
| T127 | nach einer Karenzzeit von | 126 Tagen |
| T183 | nach einer Karenzzeit von | 182 Tagen |
| T274 | nach einer Karenzzeit von | 273 Tagen |
| T365 | nach einer Karenzzeit von | 364 Tagen |

ab Eintritt der vollständigen Arbeitsunfähigkeit. Berufsunfälle und Berufskrankheiten sind mitversichert.

Bei Leistungen während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gemäß § 1a MB/KT 2009 und TB/KT 2009 gelten die Karenzzeiten entsprechend ab Beginn der Schutzfrist gemäß § 3 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes.

### 2. Teilarbeitsunfähigkeit

In Erweiterung von § 1 (3) MB/KT 2009 und TB/KT 2009 leistet der Versicherer in den Tarifstufen T43 - T365 auch bei Teilarbeitsunfähigkeit. Diese Leistung wird nur für den Personenkreis der Arbeitnehmer mit einem festen Anstellungsverhältnis erbracht, für die bei der HanseMerkur eine Krankheitskostenvollversicherung für ambulante **und** stationäre Behandlung besteht. Teilarbeitsunfähigkeit liegt vor,

- wenn im unmittelbaren Anschluss an eine vollständige Arbeitsunfähigkeit gemäß § 1 (3) MB/KT 2009 und TB/KT 2009 von mindestens zwölfwöchiger Dauer die berufliche Tätigkeit wieder stufenweise aufgenommen wird und
- solange eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50 %, welche vom Arzt zu bescheinigen ist, besteht.

Bei Teilarbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Regelung wird für maximal vier Wochen die Hälfte des versicherten Krankentagegeldes gezahlt. Bei Arbeitnehmern darf das Krankentagegeld bei Teilarbeitsunfähigkeit zusammen mit etwaigen Entgeltzahlungen des Arbeitgebers das Nettoeinkommen vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit nicht übersteigen.

**3. Krankentagegeld bei Erkrankung eines Kindes der versicherten Person**

In den Tarifstufen T8 bis T43 versicherte Personen, für die bei der HanseMerkur eine Krankheitskostenvollversicherung besteht, haben ohne Berücksichtigung der tariflichen Karenzzeit Anspruch auf Zahlung eines Krankentagegeldes, wenn die versicherte Person wegen der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres im gleichen Haushalt lebenden erkrankten Kindes nicht beruflich tätig ist und keine andere im gleichen Haushalt lebende Person das Kind beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann. Die Notwendigkeit der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des Kindes ist durch ein ärztliches Zeugnis nachzuweisen. Voraussetzung ist weiterhin, dass das erkrankte Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, bei der HanseMerkur krankheitskostenvollversichert ist und die Erkrankung des Kindes nach dem Versicherungsbeginn der versicherten Person eingetreten ist.

Die Höhe des für den Verdienstausfall während der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines erkrankten Kindes gezahlten Krankentagegeldes entspricht dem in den Tarifstufen T8 bis T43 insgesamt versicherten Krankentagegeld, sofern dieses einen Maximalbetrag von 120 EUR nicht überschreitet. Andernfalls wird das vorgesehene maximale Krankentagegeld in Höhe von 120 EUR gezahlt. Soweit der versicherten Person in diesem Zeitraum ein Anspruch auf einen anderweitigen angemessenen Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausfall zusteht, wird dieser auf das nach Satz 1 und Satz 2 dieses Absatzes zu zahlende Krankentagegeld angerechnet.

Anspruch besteht in jedem Kalenderjahr längstens für zehn Kalendertage je Kind. Wird in einem Kalenderjahr diese maximale Anzahl von Leistungstagen für ein Kind erreicht, dann kann bei Erkrankung dieses Kindes frühestens im darauffolgenden Kalenderjahr wieder ein Anspruch auf Zahlung des Krankentagegeldes entstehen. Besteht für beide Elternteile eine Krankentagegeldversicherung in einer der Tarifstufen T8 bis T43, kann die Leistung von beiden Elternteilen für jeweils zehn Kalendertage pro Kind und Kalenderjahr, jedoch nicht gleichzeitig in Anspruch genommen werden. Die maximale Leistungsdauer pro Jahr kann einmal während der gesamten Vertragslaufzeit für ein Kind der versicherten Person auf maximal 100 Kalendertage erhöht werden, wenn und solange das Kind nach ärztlichem Zeugnis an einer Erkrankung leidet, bei der eine Heilung ausgeschlossen, diese austherapiert ist und die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.

Der Anspruch auf Krankentagegeld bei Erkrankung eines Kindes entfällt bei Arbeitnehmern, wenn gegen den Arbeitgeber ein Anspruch auf bezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung besteht. Arbeitnehmer haben auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis ihres Arbeitgebers über unbezahlte Freistellung vorzulegen.

§ 4 Abs. 5 MB/KT 2009 findet für Leistungen nach Punkt B. 3. keine Anwendung.

**4. Höhe des Krankentagegeldes**

Das Krankentagegeld kann in 5-EUR-Stufen versichert oder nachträglich erhöht werden. Das Mindestkrankentagegeld beträgt 10 EUR.

**5. Tarifbezeichnung**

Die Höhe des versicherten Krankentagegeldes wird bei der Tarifbezeichnung angegeben. Wird z. B. eine Versicherung mit einer Karenzzeit von 63 Tagen (= Tarifstufe T64) über ein Krankentagegeld von 50 EUR gewählt, so lautet die Tarifbezeichnung T64/50.

**C. Anpassung des Versicherungsschutzes**

Der Versicherer verpflichtet sich, den Versicherungsschutz zum Ersten des auf den Antrag des Versicherungsnehmers folgenden Monats ohne die sonst übliche Risikoprüfung und unter Verzicht auf Wartezeiten den geänderten Verhältnissen anzupassen, wenn und soweit

a) durch eine Änderung der regelmäßigen Einkünfte eine Erhöhung des vereinbarten Krankentagegeldes notwendig ist, um das vorherige prozentuale Verhältnis des Krankentagegeldes zu den Einkünften wiederherzustellen,

b) durch eine Änderung der Dauer der Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfall oder Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit der Wechsel nach einer Tarifstufe mit geringeren Karenzzeiten erforderlich wird.

Für den bisherigen Versicherungsschutz geltende Besondere Bedingungen haben auch für den geänderten Versicherungsschutz Gültigkeit; Risikozuschläge erhöhen sich entsprechend. Die Anpassung muss innerhalb von 2 Monaten nach Eintritt der Gründe für die Änderung beantragt werden. Die Änderungsgründe sind glaubhaft zu machen und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Die Zweimonatsfrist gilt auch dann als gewahrt, wenn die Anpassung aufgrund eines Angebots des Versicherers zustande kommt.

**D. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung**

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der Tarifbedingungen.

HanseMerkur

# Tarif ZY

**Ergänzungstarif zur Prävention und Heilbehandlung bösartiger Neubildungen**

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

## A. Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif ZY können Personen versichert werden, die das 18. Lebensjahr vollendet und ihren Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person

- Versicherungsschutz bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)
- oder eine Krankheitskostenvollversicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen
- oder ein Anspruch auf Beihilfe beziehungsweise Heilfürsorge im Sinne der Beihilfevorschriften des Bundes, der Länder, der Gemeinden oder sonstiger Körperschaften des öffentlichen Rechts

besteht.

Entfällt der Versicherungsschutz in der deutschen GKV, der privaten Krankenversicherung oder der Anspruch auf Beihilfe beziehungsweise Heilfürsorge, so endet die Versicherung für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem diese Voraussetzung weggefallen ist.

## B. Leistungen des Versicherers

Erstattungsfähig sind die gemäß Punkt B. 1. bis B. 4. angegebenen Aufwendungen. Sieht ein unter Punkt A. aufgeführter Kostenträger im Versicherungsfall eine Leistung gemäß Punkt B. 1. und B. 2. vor, so besteht Erstattungsanspruch aus Tarif ZY nur nach dessen Vorleistung. Vorleistungen sind nachzuweisen; der Erstattungsbetrag wird um die erbrachte Vorleistung gemindert. Hat die versicherte Person in der GKV oder der privaten Krankenversicherung einen Selbstbehalt vereinbart, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen.

### 1. PanTum Detect® Test

Der Versicherer erstattet **je Versicherungsjahr die Aufwendungen der Durchführung eines PanTum Detect® Tests**, sofern zum Zeitpunkt der Durchführung keines der für den Test aus rein medizinischen Gründen vorgegebenen Ausschlusskriterien zutrifft.

Der PanTum Detect® Test dient der Früherkennung bösartiger Neubildungen. Grundlage des Tests ist ein Bluttest, bei dem die Werte (Scores) der Biomarker Apo10 und TKTL1 ermittelt und ausgewertet werden.

### 2. Bildgebende Verfahren zur Lokalisation möglicher bösartiger Neubildungen

Bei auffälligen PanTum Detect® Testergebnissen erstattet der Versicherer in den nachstehenden Fällen außerdem die Aufwendungen für die Durchführung eines bildgebenden Verfahrens zur Lokalisierung einer möglichen bösartigen Neubildung in Form einer Positronen-Emissions-Tomographie und Computertomographie (PET-CT) und einer Kopf-Hals Magnetresonanztomographie (MRT). Bei begründetem Verdacht auf ein Prostatakarzinom erstattet der Versicherer in den nachstehenden Fällen zunächst eine Prostata-MRT:

**Die Erstattung der Aufwendungen** erfolgt, wenn das PanTum Detect® Testergebnis

(1) **erstmalig** auffällig ist oder

(2) **erneut** auffällig ist und der vor dem auffälligen Testergebnis zuletzt durchgeführte PanTum Detect® Test kein auffälliges Testergebnis lieferte.

Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt auch, wenn Folgetests ein besonders auffälliges PanTum Detect® Testergebnis liefern. Ein besonders auffälliges PanTum Detect® Testergebnis liegt vor, wenn alle nachstehenden Voraussetzungen erfüllt werden:

(1) Ein durchgeführter PanTum Detect® Test lieferte ein auffälliges Testergebnis,

(2) eine anschließend durchgeführte PET-CT und eine Kopf-Hals MRT zur Lokalisation möglicher bösartiger Neubildungen ergab einen negativen Befund und

(3) ein aktuell durchgeführter PanTum Detect® Test ergibt einen um mindestens 10 Punkte höheren PanTum Detect® Score gegenüber dem letzten Test, aufgrund dessen eine PET-CT und eine Kopf-Hals MRT durchgeführt wurde.

Die Aufwendungen für die Durchführung eines bildgebenden Verfahrens werden zu **100 %** erstattet, soweit das Verfahren bei einem der Partnerunternehmen der HanseMerkur Krankenversicherung AG erfolgt. Für nicht bei Partnerunternehmen der HanseMerkur Krankenversicherung AG durchgeführte Untersuchungen beträgt die Erstattung **80 %** der angefallenen Aufwendungen.

### 3. Begleitleistungen nach erfolgter Diagnose einer bösartigen Neubildung

Wird bei der versicherten Person eine bösartige Neubildung diagnostiziert, kann sie bis zum vollständigen Ausscheiden aus der onkologischen Nachsorge anstatt der in Punkt B. 1. aufgeführten Leistung die nachfolgend aufgeführten Begleitleistungen zur Behandlung der

diagnostizierten Erkrankung in Anspruch nehmen. Abweichend hiervon können innerhalb des Kalenderjahres, in dem die bösartige Neubildung diagnostiziert wurde, Leistungen sowohl nach Punkt B. 1. als auch nach Punkt B. 3. in Anspruch genommen werden.

**3.1 Wahlleistungen**

Erstattungsfähig sind im Versicherungsfall die Kosten für Wahlleistungen gemäß § 16 der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. gemäß § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). Hiernach gelten als Wahlleistungen die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung. Soweit Krankenhäuser gesonderte Zuschläge für besondere Verpflegungsarten, Sanitärzelle, Bereitstellung eines Fernsprechers oder für Radio- und Fernsehgeräte erheben, werden diese ebenfalls erstattet. Privatärztliche Behandlungen werden bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte erstattet.

Maßgeblich für die Kostenerstattung der Wahlleistung Unterkunft ist, für welche Unterkunftsart (Ein- oder Zweibettzimmer) das Krankenhaus den Zuschlag zu den allgemeinen Krankenhausleistungen (Mehrbettzimmer) berechnet. Mit den Behandlungskostenrechnungen sind diesbezügliche Nachweise vorzulegen.

Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen, werden Aufwendungen für die Wahlleistung Unterkunft im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß BPflV oder KHEntgG angefallen wäre.

**Nicht erstattungsfähige Leistungen**

Aufwendungen für Material- und Laborkosten im Zusammenhang mit Zahnbehandlung, -ersatz oder Kieferorthopädie sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (z. B. Pflegesätze, Fallpauschalen und Sonderentgelte) sind nicht erstattungsfähig. Gesetzliche Zuzahlungen im Krankenhaus fallen ebenfalls nicht unter die Leistungspflicht.

Aufwendungen für stationäre Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlungen sind nicht erstattungsfähig.

**3.2 Ersatzkrankenhaustagegeld**

Bei einem Verzicht auf Kostenerstattung der in Punkt 3.1 aufgeführten versicherten Leistungen wird pro Behandlungstag ein Krankenhaustagegeld in Höhe von

**75 EUR**

gezahlt.

**3.3 Erstattungsfähige Mehrkosten aufgrund freier Krankenhauswahl**

Erstattet werden auch die für Unterkunft und Verpflegung anfallenden zusätzlichen Kosten, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland aufsucht. Voraussetzung ist, dass das aufgesuchte Krankenhaus gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz abrechnet. Abweichend von § 4 (5) AVB/KS verzichtet der Versicherer zugunsten der versicherten Person in diesen Fällen bei Krankenhäusern, die auch Kuren und Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, auf eine vorherige schriftliche Leistungszusage.

**3.4 Transportkosten** **zu 100 %**

Transportkosten bei ambulanter Behandlung sind erstattungsfähig, wenn der Transport wegen Gehunfähigkeit der versicherten Person oder wegen der Folgen ambulant durchgeführter diagnostischer und/oder therapeutischer Maßnahmen (z. B. Chemotherapie, Röntgenbestrahlungen, ambulante Operationen) medizinisch notwendig ist.

**3.5 Kurtagegeld**

Für ärztlich verordnete, stationäre Genesungskuren in Folge einer Krebserkrankung erstattet der Versicherer **je Kurtag für maximal 42 Tage** ein Kurtagegeld in Höhe von

**75 EUR**.

**4. Gesundheitsassistance**

Die versicherte Person kann für telefonische oder Online-Beratungen folgende Assistanceleistungen erhalten, sofern diese durch die Hanse-Merkur Krankenversicherung AG erfolgen oder vermittelt werden:

- Grundsätzliche Erläuterungen zum PanTum Detect® Test
- Information und Beratung zum gesetzlichen Krebsfrüherkennungsprogramm
- Beratung zu allen medizinischen Gesundheitsfragen durch Ärzte
- Teilnahme an einem Beratungsprogramm bei Krebserkrankungen zur Aufklärung und Beratung zu Diagnostik und Therapiemöglichkeiten (telefonisch oder Online)
- Unterstützung bei der Arzt- und Krankenhausauswahl
- Arzt-Termine-Service
- Arzneimittelberatung
- Ärztliche Zweitmeinung, auch vor Operationen
- Fitness- und Ernährungsberatung

## C. Wartezeiten

Es werden keine Wartezeiten vereinbart, § 3 AVB/KS findet für den Tarif ZY keine Anwendung.

## D. Beiträge

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrags nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 69. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten. In diesen Fällen besteht gemäß § 13 (3) AVB/KS ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Die Bestimmungen zur Beitragsanpassung gemäß § 8b AVB/KS bleiben hiervon unberührt.

HanseMerkur

# Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB

**Pflegepflichtversicherung**

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die private Pflegepflichtversicherung Bedingungsteil (MB/PPV 2026).

**Leistungen des Versicherers**

**Tarifstufe PVN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe**

Die Tarifleistungen betragen 100 %

der nach den Nummern 1 - 17 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 zu den MB/PPV 2026) i. V. m. § 46 Abs. 2 und 3 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV - siehe Anhang zu den MB/PPV 2026) für

1. Beihilfeberechtigte 50 %,
2. Personen nach Nr. 1 mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern 30 %,
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 zu den MB/PPV 2026) ein Beihilfebemessungssatz von 70 % zusteht, 30 %,
4. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner und beihilfeberechtigte Witwen und Witwer 30 %,
5. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen 20 %

der in Tarifstufe PVN nach den Nummern 1 - 16 vorgesehenen Beträge.

Sehen die Beihilfevorschriften eines Landes bei Zahlung eines Zuschusses in Höhe von mindestens 41 EUR aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses zum Krankenversicherungsbeitrag der unter Nr. 1 - 5 genannten Personen eine Absenkung des Beihilfebemessungssatzes vor, so erhöhen sich die Tarifleistungen um den der Absenkung entsprechenden Prozentsatz, höchstens jedoch um 20 Prozentpunkte.

Bei der leihweisen Überlassung von technischen Pflegehilfsmitteln werden diese entweder vom Träger der Beihilfe oder vom Versicherer zur Verfügung gestellt; die dem Versicherungsnehmer insoweit gegen den anderen Kostenträger zustehenden Ansprüche gehen auf den Träger der Beihilfe oder den Versicherer über, der das technische Pflegehilfsmittel bereitgestellt hat.

**1. Häusliche Pflege**

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat

a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu 796 EUR,

b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu 1.497 EUR,

c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu 1.859 EUR,

d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu 2.299 EUR erstattet.

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern des Pflegedienstes und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung gemäß § 89 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang zu den MB/PPV 2026) vereinbarten Vergütungen, soweit nicht die vom Bundesministerium für Gesundheit nach § 90 SGB XI (siehe Anhang zu den MB/PPV 2026) erlassene Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen Anwendung findet. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für ihre ambulanten Leistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 % der in 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) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 347 EUR,

b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 599 EUR,

c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 800 EUR,

d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 990 EUR.

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

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

2.2. Für die Beratung wird der von den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung oder der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannte Betrag erstattet.

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

**3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)**

Der Anspruch der versicherten Person auf Leistungen der Ersatzpflege und Kurzzeitpflege beläuft sich auf einen Gesamtleistungsbetrag von insgesamt

bis zu 3.539 EUR

je Kalenderjahr (Gemeinsamer Jahresbetrag).

Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die diese nicht erwerbsmäßig ausüben und mit der versicherten Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, wird die Erstattung zum einen auf den Betrag des Pflegegeldes für den festgestellten Pflegegrad gemäß Nr. 2.1. des Tarifs PV und zum anderen auf zwei Monate begrenzt. Zusätzlich können auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Ersatzpflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, erstattet werden. Die Erstattungen nach den Sätzen 2 und 3 sind zusammen unter Anrechnung der Leistungen für die Kurzzeitpflege (Nr. 6 des Tarifs PV) auf den Gemeinsamen Jahresbetrag nach Satz 1 begrenzt.

Wird die Ersatzpflege nach Satz 2 erwerbsmäßig ausgeübt, erfolgt die Erstattung bis zur Höhe des in Satz 1 genannten Betrages.

Der Nachweis über die Kosten der Ersatzpflege muss bis zum Ablauf des Kalenderjahres gestellt werden, das auf die jeweilige Durchführung der Ersatzpflege folgt.

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

**4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen**

Der Versicherer erstattet die im Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung aufgeführten Pflegehilfsmittel. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis wird vom Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. regelmäßig unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts, der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts fortgeschrieben. Im Einzelfall sind Aufwendungen für im Pflegehilfsmittelverzeichnis nicht aufgeführte Pflegehilfsmittel nur dann erstattungsfähig, wenn die Voraussetzungen in § 4 Abs. 7 Satz 1 Halbsatz 2 MB/PPV 2026 erfüllt sind und die Pflegehilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Dabei können Pflegehilfsmittel grundsätzlich nur im Hinblick auf solche Betätigungen beansprucht werden, die für die Lebensführung im häuslichen Umfeld erforderlich sind. Von der Erstattung aus der Pflegeversicherung ausgeschlossen sind Pflegehilfsmittel, die nicht alleine oder jedenfalls schwerpunktmäßig der Pflege, sondern vorwiegend dem Behinderungsausgleich dienen.

4.1. Technische Pflegehilfsmittel werden in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Lehnen versicherte Personen die leihweise Überlassung eines technischen Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Aufwendungen für das technische Pflegehilfsmittel in vollem Umfang selbst zu tragen.

Soweit Leihe nicht möglich ist, werden Aufwendungen für technische Pflegehilfsmittel zu 100 %

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

4.2. Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu 42 EUR

je Kalendermonat erstattet.

4.3. Die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes sind auf 4.180 EUR

je Maßnahme begrenzt.

Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung und dient der Zuschuss der Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes, ist der Zuschuss auf den Betrag begrenzt, der sich ergibt, wenn die Kosten der Maßnahme durch die Anzahl der zuschussberechtigten Bewohner geteilt wird. Dabei werden Kosten der Maßnahme von

bis zu 16.720 EUR

berücksichtigt. Satz 1 gilt entsprechend.

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

**5. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)**

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| a) | bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2 | bis zu | 721 EUR, | |
| b) | bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3 | bis zu | 1.357 EUR, | |
| c) | bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 | bis zu | 1.685 EUR, | |
| d) | bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5 | bis zu | 2.085 EUR | erstattet. |

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

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

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

**6. Kurzzeitpflege**

Der Anspruch der versicherten Person auf Leistungen der Ersatzpflege und Kurzzeitpflege beläuft sich auf einen Gesamtleistungsbetrag von insgesamt

bis zu 3.539 EUR

je Kalenderjahr (Gemeinsamer Jahresbetrag).

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege pro Kalenderjahr unter Anrechnung der Leistungen für die Ersatzpflege (Nr. 3 des Tarifs PV) höchstens bis zu einem Betrag in Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach Satz 1 ersetzt.

Nr. 5. Satz 3 und 4 des Tarifs PV gilt entsprechend. Enthalten die Entgelte der Einrichtungen gemäß § 4 Abs. 10 Satz 4 MB/PPV 2026 Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionen, die nicht gesondert ausgewiesen sind, wird das erstattungsfähige Entgelt auf 60 % gekürzt. In begründeten Einzelfällen kann der Versicherer davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

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

**7. Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen**

7.1. Bei vollstationären Pflegeeinrichtungen werden im Rahmen der gültigen Pflegesätze pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| a) | für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 | in Höhe von | 805 EUR | je Kalendermonat, |
| b) | für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 | in Höhe von | 1.319 EUR | je Kalendermonat, |
| c) | für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 | in Höhe von | 1.855 EUR | je Kalendermonat, |
| d) | für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 | in Höhe von | 2.096 EUR | je Kalendermonat |

erstattet. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung werden insoweit übernommen, als der jeweils nach Satz 1 zustehende Leistungsbetrag die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege übersteigt.

Nr. 5. Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

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

7.2. Versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 werden bei Pflege in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI (siehe Anhang zu den MB/PPV 2026), 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 15 % der nach Teil 2 Kapitel 8 des SGB IX vereinbarten Vergütung, im Einzelfall

höchstens 278 EUR 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 MB/PPV 2026 ist ein Betrag von 3.085 EUR.

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 zu den MB/PPV 2026) und § 85 Abs. 8 und 9 SGB XI (siehe Anhang zu den MB/PPV 2026) vereinbarten Vergütungszuschläge.

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

7.5. Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 werden pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal in Höhe von

131 EUR je Kalendermonat

erstattet.

Nr. 5. Satz 4 gilt entsprechend.

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

7.6. Für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5,

a) die bis einschließlich 12 Monate Leistungen nach § 4 Abs. 11 MB/PPV 2026 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 15 Prozent,

b) die seit mehr als 12 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 MB/PPV 2026 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 30 Prozent,

c) die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 MB/PPV 2026 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 50 Prozent,

d) die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 MB/PPV 2026 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 75 Prozent,

ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen.

Bei der Bemessung der Monate, in denen die versicherte Person Leistungen nach § 4 Abs. 11 MB/PPV 2026 bezieht, werden Monate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen nach § 4 Abs. 11 MB/PPV 2026 bezogen worden sind, berücksichtigt.

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

**8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen**

Die Zahlung der Beiträge an den zuständigen Träger der Rentenversicherung oder an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung erfolgt nach Maßgabe der §§ 3, 137, 166 und 170 Sozialgesetzbuch (SGB) - Sechstes Buch (VI) - (siehe Anhang zu den MB/PPV 2026) 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 zu den MB/PPV 2026).

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

**9. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung**

9.1. Die Zahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung erfolgt bei Freistellungen nach § 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang zu den MB/PPV 2026) nach Maßgabe von § 44a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang zu den MB/PPV 2026); ihrer Höhe nach sind sie begrenzt auf die Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung zu entrichten sind, und dürfen die tatsächliche Höhe dieser Beiträge nicht übersteigen.

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

9.2. Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang zu den MB/PPV 2026) richtet sich nach § 45 Abs. 2 Satz 3 bis 5 SGB V (siehe Anhang zu den MB/PPV 2026).

Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 232b, 249c, 252 SGB V (siehe Anhang zu den MB/PPV 2026) bzw. zur Krankenversicherung der Landwirte nach Maßgabe der §§ 48a, 49 KVLG 1989 (siehe Anhang zu den MB/PPV 2026) gezahlt.

Die Zahlung der Zuschüsse zur Krankenversicherung für eine Versicherung bei einer privaten Krankenversicherung, bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten erfolgt während der Dauer des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld nach Maßgabe von § 44a Abs. 4 SGB XI (siehe Anhang zu den MB/PPV 2026). 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 zu den MB/PPV 2026) 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 zu den MB/PPV 2026) gezahlt.

Die Beiträge zur Rentenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 3, 137, 166, 173, 176, 191 SGB VI (siehe Anhang zu den MB/PPV 2026) gezahlt. Für Pflichtmitglieder in einem berufsständischen Versorgungswerk werden die Beiträge nach Maßgabe des § 44a Abs. 4 Satz 5 SGB XI (siehe Anhang zu den MB/PPV 2026) gezahlt.

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

9.3. Landwirtschaftliche Unternehmer erhalten Betriebshilfe entsprechend § 9 KVLG 1989 (siehe Anhang zu den MB/PPV 2026). Diese Kosten werden der landwirtschaftlichen Pflegekasse erstattet. Für privat pflegeversicherte landwirtschaftliche Unternehmer wird stattdessen ein pauschaler Betrag in Höhe von

209 EUR täglich

für bis zu zehn Arbeitstage Betriebshilfe gezahlt.

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

**10. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen**

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

**11. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag**

Zweckgebundene Aufwendungen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung nahestehender Pflegepersonen sowie zur selbstbestimmten Entlastung des Alltags im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

a) der teilstationären Pflege,

b) der Kurzzeitpflege,

c) der Pflegekräfte gemäß § 4 Abs. 1 Satz 7 MB/PPV 2026, 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 zu den MB/PPV 2026)

werden bis zu 131 EUR monatlich erstattet.

Wird der Betrag nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

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

**12. Zahlung bei Verzögerung der Leistungsmitteilung**

Bei Verzögerung der Leistungsmitteilung nach § 6 Abs. 2a MB/PPV 2026 beträgt

die Zusatzzahlung je begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 EUR.

Die Zahlung hat nach Fristablauf spätestens innerhalb von 15 Arbeitstagen und danach für jede weitere begonnene Woche unverzüglich zu erfolgen.

**13. Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen**

Der monatliche pauschale Zuschlag für Versicherte in ambulant betreuten

Wohngruppen nach § 4 Abs. 7a MB/PPV 2026 beträgt 224 EUR.

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

**14. Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen**

Der Anspruch des Versicherten beläuft sich auf den Betrag, der sich ergibt,

wenn man den Höchstförderbetrag je Wohngruppe von 10.452 EUR.

durch die Anzahl der förderberechtigten Bewohner teilt, höchstens aber 2.613 EUR.

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

**15. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen**

Der Anspruch der versicherten Person beträgt

für die Erstattung von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen bis zu insgesamt 40 EUR im Kalendermonat

und für ergänzende Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegeeinrichtungen bis zu insgesamt 30 Euro im Kalendermonat

des nach § 78a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang zu den MB/PPV 2026) und § 89 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang zu den MB/PPV 2026) vereinbarten Betrages.

Der Anspruch umfasst nur digitale Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 78a Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang zu den MB/PPV 2026) in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen worden sind und wird ab dem Zeitpunkt wirksam, ab dem die Vergütungsvereinbarung bezüglich der digitalen Pflegeanwendung gilt. Entscheiden sich versicherte Personen für eine digitale Pflegeanwendung, deren Funktionen oder Anwendungsbereiche über die in das Verzeichnis für digitale Pflege-

anwendungen aufgenommenen digitalen Pflegeanwendungen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Der Versicherer informiert die versicherten Personen über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten.

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

**16. Pflegerische Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen durch die Pflegeperson**

Der Anspruch umfasst bei Versorgung der versicherten Person in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder in der vollstationären Pflegeeinrichtung die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Unterkunft und Verpflegung sowie die Übernahme der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen. Der Anspruch besteht bei der Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung in Höhe des durchschnittlichen Gesamtheimentgelts nach § 42b Abs. 5 Satz 2 bis 4 SGB XI (siehe Anhang zu den MB/PPV 2026) und bei der Versorgung in der zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung in Höhe des für diese Pflegeeinrichtung geltenden Gesamtheimentgelts.

Der Anspruch umfasst auch die erforderlichen Fahr- und Gepäcktransportkosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung in der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder vollstationären Pflegeeinrichtung nach § 4 Abs. 23 und 24 MB/PPV 2026 entstehen. Erstattungsfähig sind nach vorheriger Antragstellung auch Kosten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist.

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

**17. Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c SGB XI (siehe Anhang)**

Der pauschale Zuschuss für Versicherte in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gem. § 92c SGB XI (siehe Anhang zu den MB/PPV 2026) beträgt 450 Euro je Kalendermonat.

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

HanseMerkur

# Indikationskatalog für ambulante Operationen

Wird eine in diesem Verzeichnis aufgeführte operative Behandlung nicht stationär, sondern ambulant durchgeführt, wird neben der Kostenerstattung eine pauschale Aufwandsentschädigung gezahlt, soweit hierfür Leistungen tariflich vereinbart sind.

Sind zur Behandlung einer der nachfolgenden Indikationen mehrere Eingriffe / Sitzungen notwendig oder werden bei einem Eingriff mehrere Indikationen behandelt, so wird die Pauschale nur einmal fällig.

**Beschreibung der Indikationen** (vorangestellt die GOÄ-Nr.)

**Innere Medizin**

**681** Ösophagoskopie mit zus. operativem Eingriff (z. B. Probeexzision, Katheterbiopsie, periphere Lungenbiopsie, Segmentsondierungen) - ggf. einschl. Lavage

**692** Duodenoskopie mit Sondierung der Papilla Vateri zwecks Einbringung von Kontrastmittel und/oder Entnahme von Sekret - ggf. einschl. Probeexzision und/oder Probepunktion - mit Papillotomie (Hochfrequenzelektroschlinge) und Steinentfernung

**701** Laparoskopie (mit Anlegung eines Pneumoperitoneums) mit intra-abdominalem Eingriff - ggf. einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion

**Geburtshilfe und Gynäkologie**

**1052** Beistand bei einer Fehlgeburt und deren Beendigung durch inneren Eingriff

**Augenheilkunde**

**1330** Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an einem geraden Augenmuskel

**1331** Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an jedem weiteren geraden Augenmuskel, zusätzlich zu Nummer 1330

**1332** Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an einem schrägen Augenmuskel

**1333** Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an jedem weiteren schrägen Augenmuskel, zusätzlich zu Nummer 1332

**1346** Hornhauttransplantation

**1350** Staroperation - ggf. mit Iridektomie - einschließlich Nahttechnik

**1351** Staroperation mit Iridektomie und Einpflanzung einer intraokularen Kunststofflinse

**1352** Einpflanzung einer intraokularen Linse, als selbstständige Leistung

**1353** Extraktion einer eingepflanzten Linse

**1354** Extraktion der luxierten Linse

**1357** Hintere Sklerotomie

**1358** Zyklodialyse, Iridektomie

**1359** Zyklodiathermie-Operation oder Kryozyklothermie-Operation

**1360** Laseroperation am Trabekelwerk des Auges bei Glaukom (Lasertrabekuloplastik)

**1361** Fistelbildende Operation und Eingriff an den kammerwasserabführenden Wegen bei Glaukom

**1374** Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mittels gesteuerten Saug-Spül-Verfahrens oder Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) - ggf. einschließlich Iridektomie

**1375** Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mittels gesteuerten Saug-Spül-Verfahrens oder Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) - ggf. einschließlich Iridektomie - mit Implantation einer intraokularen Linse

**1377** Entfernung einer Silikon- / Silastik- / Rutheniumplombe

**1382** Goniotrepanation oder Trabekulektomie oder Trabekulotomie bei Glaukom

**1383** Vitrektomie, Glaskörperstrangdurchtrennung, als selbstständige Leistung

**1384** Vordere Vitrektomie (Glaskörperentfernung aus der Augenvorderkammer), als selbstständige Leistung

**Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde**

**1446** Submuköse Resektion an der Nasenscheidewand mit Resektion der ausgedehnten knöchernen Leiste

**1447** Plastische Korrektur am Nasenseptum und an den Weichteilen zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung - ggf. einschließlich der Leistungen nach den Nummern 1439, 1445, 1446 und 1456 -, auch in mehreren Sitzungen

**1448** Plastische Korrektur am Nasenseptum und an den Weichteilen und am knöchernen Nasengerüst zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung - ggf. einschließlich der Leistungen nach den Nummern 1439, 1445, 1446 und 1456 -, auch in mehreren Sitzungen

**1471** Operative Eröffnung der Stirnhöhle - ggf. auch der Siebbeinzellen - vom Naseninnern aus

**1472** Anbohrung der Stirnhöhle von außen

**1493** Entfernung der vergrößerten Rachenmandel (Adenotomie)

**1513** Keilexzision der Zunge

**1519** Operative Entfernung von Speichelstein(en)

**1534** Probeexzision aus dem Kehlkopf

**1535** Entfernung von Polypen oder anderen Geschwülsten aus dem Kehlkopf

**1586** Entfernung eines oder mehrerer größerer Polypen oder ähnlicher Gebilde aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle, auch in mehreren Sitzungen

**1595** Operative Beseitigung einer Stenose im äußeren Gehörgang

**1611** Myringoplastik vom Gehörgang aus

**1613** Tympanoplastik mit Interposition, als selbstständige Leistung

**1614** Tympanoplastik - einschließlich Interposition und Aufbau der Gehörknöchelchenkette

**1628** Plastischer Verschluss einer retroaurikulären Öffnung oder einer Kieferhöhlenfistel

**Urologie**

**1764** Entfernen einer Hodenprothese

**1765** Hodenentfernung - ggf. einschließlich Nebenhodenentfernung derselben Seite -, einseitig

**1766** Hodenentfernung - ggf. einschließlich Nebenhodenentfernung(en) -, beidseitig

**1767** Operative Freilegung eines Hodens mit Entnahme von Gewebematerial

**1768** Operation eines Leistenhodens, einseitig

**1769** Operation eines Leistenhodens, beidseitig

**1787** Kombinierte Zystourethroskopie

**1851** Perkutane Anlage einer Nierenfistel - ggf. einschließlich Spülung, Katheterfixation und Verband

**Chirurgie, Orthopädie**

**Extremitätenchirurgie**

**2031** Eröffnung eines ossalen oder Sehnenscheidenpanaritiums einschl. örtlicher Drainage

**2041** Operative Beseitigung einer Schnürfurche an einem Finger mit Z-Plastik

**2043** Operation der Syndaktylie mit Vollhautdeckung ohne Osteotomie

**2044** Operation der Syndaktylie mit Vollhautdeckung einschließlich Osteotomie

**2051** Operation eines Ganglions (Hygroms) an einem Hand- oder Fußgelenk

**2052** Operation eines Ganglions an einem Fingergelenk

**2062** Drahtstiftung zur Fixierung von mehreren kleinen Gelenken, Drahtstiftung an der Daumenbasis oder an der Mittelhand oder am Mittelfuß mittels gekreuzter Drähte

**2064** Sehnen-, Faszien- oder Muskelverlängerung oder plastische Ausschneidung

**2067** Operation einer Hand- oder Fußmissbildung (gleichzeitig an Knochen, Sehnen und/oder Bändern)

**2070** Muskelkanalbildung(en) oder Operation des Karpal- oder Tarsaltunnelsyndroms mit Dekompression von Nerven

**2076** Operative Lösung von Verwachsungen um eine Sehne, als selbstständige Leistung

**2081** Stellungskorrektur der Hammerzehe mit Sehnenverpflanzung und/oder plastischer Sehnenoperation - ggf. mit Osteotomie und/oder Resektion eines Knochenteils

**2082** Operative Herstellung eines Sehnenbettes - einschließlich einer alloplastischen Einlage an der Hand

**2083** Freie Sehnentransplantation

**2088** Operation einer Dupuytren´schen Kontraktur mit vollständiger Entfernung der Palmaraponeurose

**2089** Operation der Dupuytren´schen Kontraktur mit vollständiger Entfernung der Palmaraponeurose und mit Strangresektion an einzelnen Fingern - ggf. einschließlich Z- und/oder Zickzackplastiken

**2091** Sehnenscheidenradikaloperation (Tendosynovektomie) - ggf. mit Entfernung von vorspringenden Knochenteilen und Sehnenverlagerung

**2092** Operation der Tendosynovitis im Bereich eines Handgelenks oder der Anularsegmente eines Fingers

**Gelenkchirurgie**

**2100** Naht der Gelenkkapsel eines Finger- oder Zehengelenks

**2101** Naht der Gelenkkapsel eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks

**2102** Naht der Gelenkkapsel eines Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks oder eines Wirbelgelenks

**2105** Primäre Naht eines Bandes oder Bandplastik eines Finger- oder Zehengelenks

**2106** Primäre Naht eines Bandes oder Bandplastik des Sprunggelenks oder Syndesmose

**2112** Synovektomie in einem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk

**2117** Meniskusoperation

**2118** Operative Fremdkörperentfernung aus einem Kiefer-, Finger-, Hand-, Zehen- oder Fußgelenk

**2119** Operative Entfernung freier Gelenkkörper oder Fremdkörperentfernung aus dem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk

**2120** Denervation eines Finger- oder Zehengelenks

**2122** Resektion eines Finger- oder Zehengelenks

**2130** Operative Versteifung eines Finger- oder Zehengelenks

**2134** Arthroplastik eines Finger- oder Zehengelenks

**2135** Arthroplastik eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks

**2140** Operativer Einbau eines künstlichen Finger- oder Zehengelenks oder einer Fingerprothese

**2141** Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Finger- oder Zehengelenks oder einer Fingerprothese

**2156** Eröffnung eines vereiterten Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks

**2157** Eröffnung eines vereiterten Schulter- oder Ellenbogen- oder Hüft- oder Kniegelenks oder von Gelenken benachbarter Wirbel

**2158** Exartikulation eines Fingers oder einer Zehe

**2170** Amputation eines Fingers oder einer Zehe oder eines Finger- oder Zehengliedteils - einschließlich plastischer Deckung

**2189** Arthroskopische Operation mit Entfernung oder Teilresektion eines Meniskus im Kniegelenk - ggf. einschließlich Plicateilresektion, Teilresektion des Hoffa´schen Fettkörpers und/ oder Entfernung freier Gelenkkörper

**2190** Arthroskopische erhaltende Operation an einem Meniskus (z. B. Meniskusnaht, Refixation) in einem Kniegelenk

**2191** Arthroskopische Operation mit primärer Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder plastischem Ersatz eines Kreuz- oder Seitenbands an einem Kniegelenk - einschließlich Kapselnaht

**2193** Arthroskopische Operation mit Synovektomie an einem Knie- oder Hüftgelenk bei chronischer Gelenkentzündung - ggf. einschließlich Abtragung von Osteophyten

**2213** Operative Einrenkung der Luxation eines Hand- oder Fußgelenks

**2216** Operative Einrenkung der Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks

**Knochenchirurgie**

**2253** Knochenspanentnahme

**2254** Implantation von Knochen

**2260** Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens - einschließlich Osteosynthese

**2263** Resektion eines kleinen Knochens - auch einschließlich eines benachbarten Gelenkanteils - mit Knochen oder Spanverpflanzung (z. B. bei Tumorexstirpation)

**2268** Operativer Ersatz des Os lunatum durch Implantat

**2273** Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens - einschließlich Anbringens eines Distraktors

**2293** Operation einer Steißbeinfistel

**2296** Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus einschließlich Sehnenverpflanzung

**2297** Operation des Hallux valgus mit Gelenkkopfresektion und anschließender Gelenkplastik und/oder Mittelfußosteotomie, einschließlich der Leistungen nach den Nummern 2295 und 2296

**Frakturbehandlung**

**2320** Einrichtung der gebrochenen Nase einschl. Nasentamponade - ggf. einschl. Wundverband

**2327** Einrichtung eines gebrochenen Oberarmknochens

**2328** Einrichtung gebrochener Unterarmknochen

**2330** Einrichtung eines gebrochenen Oberschenkelknochens

**2339** Einrichtung des gebrochenen Großzehenknochens oder von Frakturen an Grund- oder Mittelgliedknochen der Finger mit Osteosynthese

**2350** Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines großen Röhrenknochens bei offenem Knochenbruch

**2354** Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) aus großen Röhrenknochen

**2356** Operative Stabilisierung einer Pseudarthrose oder operative Korrektur eines in Fehlstellung verheilten Knochenbruchs nach Osteotomie mittels Nagelung, Verschraubung und/oder Metallplatten und/oder äußerem Spanner - auch zusätzliches Einpflanzen von Knochenspan

**Chirurgie der Körperoberfläche**

**2386** Schleimhauttransplantation - einschließlich operativer Unterminierung der Entnahmestelle und plastischer Deckung

**2392** Anlage eines Rundstiellappens

**2392a** Exzision einer großen, kontrakten und funktionsbehindernden Narbe - einschließlich plastischer Deckung

**2393** Interimistische Implantation eines Rundstiellappens (Zwischentransport)

**2394** Implantation eines Rundstiellappens - einschließlich Modellierung am Ort

**2396** Implantation eines Hautexpanders

**2417** Operative Entnahme der Mamille und interimistische Implantation an anderer Körperstelle

**2419** Rekonstruktion einer Mamille aus einer großen Labie oder aus der Mamma der gesunden Seite, auch zusätzlich zur Aufbauplastik

**2420** Implantation oder operativer Austausch einer Mammaprothese, als selbstständige Leistung

**2421** Implantation eines subkutanen, auffüllbaren Medikamentenreservoirs

**2442** Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung, als selbstständige Leistung

**Neurochirurgie**

**2570** Implantation von Reizelektroden zur Dauerstimulation des Rückenmarks - ggf. einschließlich Implantation des Empfangsgerätes

**2580** Freilegung und Durchtrennung oder Exhairese eines Nerven

**2583** Neurolyse, als selbstständige Leistung

**2584** Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung

**2586** End-zu-End-Naht eines Nerven im Zusammenhang mit einer frischen Verletzung - einschließlich Wundversorgung

**2587** Frühe Sekundärnaht eines peripheren Nerven

**2588** Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht ohne Verwendung eines autologen Transplantats

**2589** Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht mit Defektüberbrückung durch autologes Transplantat (ohne die Leistung nach Nummer 2582)

**Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie**

**2675** Partielle Vestibulum- oder Mundbodenplastik oder große Tuberplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

**2687** Allmähliche Reposition des gebrochenen Ober- oder Unterkiefers oder eines schwer einstellbaren oder verkeilten Bruchstücks des Alveolarfortsatzes

**2694** Operative Entfernung von Osteosynthesematerial aus einem Kiefer- oder Gesichtsknochen, je Fraktur

**2695** Einrichtung und Fixation eines gebrochenen Kiefers außerhalb der Zahnreihen durch intra- und extraorale Schienenverbände und Stützapparate

**2699** Anlegen und Fixation einer Schiene am gebrochenen Ober- oder Unterkiefer

**2701** Anlegen von extraoralen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen, einer Verbands- oder Verschlussplatte, Pelotte oder dergleichen - im Zusammenhang mit plastischen Operationen oder zur Verhütung oder Behandlung von Narbenkontrakturen

**Gefäßchirurgie**

**2823** Rekonstruktive Operation einer Finger- oder Zehenarterie

**2883** Crossektomie der Vena saphena magna oder parva und Exstirpation mehrerer Seitenäste

**2895** Anlage eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse

**2896** Anlage eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse mit freiem Transplantat

**2897** Beseitigung eines arteriovenösen Shunts

**Herzchirurgie**

**3095** Schrittmacher-Erstimplantation

**3096** Schrittmacher-Aggregatwechsel

**Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie**

**3120** Diagnostische Peritonealspülung, als selbstständige Leistung

**3219** Operation eines Afterrisses oder Mastdarmrisses

**3220** Operation submuköser Mastdarmfisteln

**3224** Peranale operative Entfernung von Mastdarmpolypen oder Mastdarmgeschwülsten - einschließlich Schleimhautnaht

**3237** Blutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels, als selbstständige Leistung

**3241** Hohe intraanale Exzision von Hämorrhoidalknoten (z. B. nach Miligan / Morgan) - auch mit Analplastik

**Hernienchirurgie**

**3283** Operation eines Nabel- oder Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches

**3284** Operation eines Nabel- oder Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches mit Muskel- und Faszienverschiebeplastik - auch mit Darmresektion

**3285** Operation eines Leisten- oder Schenkelbruches

HanseMerkur

# Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen

Das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen enthält alle erstattungsfähigen Positionen sowie die dafür festgeschriebenen Höchstbeträge, die durch die HanseMerkur Krankenversicherung AG **im tariflichen Rahmen** erstattet werden. Die Beträge beinhalten alle für die jeweilige Leistung anfallenden Kosten für Materialien. Die gesetzliche Mehrwertsteuer (MwSt.), die ebenfalls erstattungsfähig ist, ist in den Beträgen jedoch noch nicht enthalten.

Sofern durch aktuelle Rechtsprechung oder gesetzliche Änderungen Kosten als berechnungsfähig deklariert werden, die bisher nicht im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen der HanseMerkur geregelt sind, werden diese bis zur Aufnahme in das Verzeichnis maximal zum üblichen Durchschnittspreis anerkannt.

| **Leistungen für Zahnersatz** | **erstattungsfähiger Höchstbetrag (zuzügl. gesetzl. MwSt.) in EUR** |
|---|---|
| Inlay | 308,41 |
| Krone | 411,21 |
| Brückenglied | 205,61 |
| Teilprothese je Kiefer | 514,02 |
| Vollprothese je Kiefer | 822,43 |
| Tiefziehschiene | 93,46 |
| übrige Schienen jeweils | 186,91 |
| Freilegen / Auswechseln Implantat | 186,91 |
| Teleskopkrone | 514,02 |
| Teleskopkrone inkl. Implantataufbau | 934,58 |
| Implantatkrone inkl. Implantataufbau | 841,12 |
| Veneer | 327,10 |
| Onlay | 373,83 |
| Langzeitkrone | 154,20 |
| Langzeitbrückenglied | 154,20 |
| provisorische Krone | 102,80 |
| provisorisches Brückenglied | 102,80 |
| Bohr-, Positions-, Röntgenschablone | 121,49 |
| Wiederherstellung Krone, Teilkrone usw. | 149,53 |
| Verbindungselement | 280,37 |
| Verbindungselement wiederherstellen | 149,53 |
| Wiederherstellung einer Brücke | 149,53 |
| Prothese wiederherstellen / erweitern | 149,53 |
| Prothese erweitern / unterfüttern | 149,53 |
| Prothese umarbeiten zum Aufbissbehelf | 214,95 |
| Wiederherstellen / Unterfüttern eines Aufbissbehelfes | 149,53 |
| Implantat | 467,29 |
| Abformmaterial | 93,46 |
| Stiftaufbau | 51,40 |
| Glasfaserstiftaufbau | 70,09 |
| Knochenkollektor / -schaber | 93,46 |
| Bissschablone | 9,35 |
| Artikulator | 28,04 |
| Knochenersatzmaterial | *) |

| **Leistungen für Kieferorthopädie** | **erstattungsfähiger Höchstbetrag (zuzügl. gesetzl. MwSt.) in EUR** |
|---|---|
| Modell (1) zur Geräteherstellung (immer ohne GOZ 0060) | 8,41 |
| Modellpaar (2) trimmen | 8,41 |
| Modellpaar in Fixator | 8,41 |
| Schaumodelle (nur in Verbindung mit GOZ 0060) | 46,72 |
| Aktive Platte | 280,37 |
| Aktivator mit Schraube | 373,83 |
| Bionator | 373,83 |
| Vorschub-Doppelplatten nach Sander | 607,48 |
| Positioner | 654,20 |
| FRÄNKEL-Apparatur | 542,06 |
| Pendulum-Apparatur mit Schraube | 280,37 |
| Platzhalterplatte | 233,64 |
| Retentionsplatte | 186,91 |
| Osamu-Retainer | 140,19 |
| Van der Linden-Retainer | 140,19 |
| Crozat-Gerät | 373,83 |
| Gaumennahterweiterungsapparatur (GNE, gelötet) | 327,10 |
| Herbstscharnier, gelötet | 560,75 |
| Nance-Apparatur | 112,15 |
| Quad-Helix | 112,15 |
| Lip-Bumper | 112,15 |
| Facialmaske (extraoral abgestützt nach DELAIRE) | 327,10 |
| Gaumennahterweiterungsapparatur (GNE, Modellguss) | 327,10 |
| Herbstscharnier, Modellguss | 260,75 |
| Aligner / Ivisalign | *) |

| **Leistungen für Zahnbehandlung** | **erstattungsfähiger Höchstbetrag (zuzügl. gesetzl. MwSt.) in EUR** |
|---|---|
| einmal verwendbare Nickel-Titan-Instrumente | |
| pro Wurzelkanal | 21,01 |
| Perio-Chip | 25,21 |
| Knochenersatzmaterial | *) |

sowie alle übrigen Materialien, die nach den Vorschriften der Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) im Zusammenhang mit den tariflich definierten Leistungen für Zahnbehandlung anfallen können und gesondert berechnungsfähig sind (z. B. Anästhetikum).

*) Es werden die tatsächlich entstandenen Kosten anerkannt

PUL 07.20

HanseMerkur

# Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen

Herausgeber des Hufeland-Leistungsverzeichnisses ist die Hufelandgesellschaft für Gesamtmedizin e. V. In ihr sind u. a. folgende Gesellschaften zusammengeschlossen:

**Ärztegesellschaft für Erfahrungsheilkunde; Ärztliche Aktionsgemeinschaft für Therapiefreiheit; Bundesverband der naturheilkundlich tätigen Zahnärzte in Deutschland e. V.; Deutsche Ärztegesellschaft für Akupunktur e. V.; Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte e. V.; Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte; Hartmannbund; Hessischer Ärzteverband Naturheilverfahren; Internationale Medizinische Gesellschaft für Neuraltherapie nach Huneke; Internationale Medizinische Gesellschaft für Elektroakupunktur nach Voll.**

Für die Aufnahme in den Katalog waren folgende Kriterien entscheidend:

1. Die Besonderheit des Therapieverfahrens muss theoretisch erklärbar und praktisch bewährt sein.
2. Das Verfahren muss lehr- und lernbar sein.
3. Die eingesetzten Mittel und Wege müssen mit den theoretischen Denkansätzen ein plausibles Konzept ergeben.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien enthält das Verzeichnis folgende naturheilkundliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden:

- Akupunktur
- Anthroposophische Medizin
- Antihomotoxische Medizin
- Ayurveda
- Bioenergetische Medizin
  - Bioelektrische Funktionsdiagnostik und -therapie (BfD)
  - Bioenergetische Informationsdiagnostik und -therapie (BIT)
  - Elektroakupunktur nach Voll (EAV)
- Eigenblutbehandlung
- Enzymtherapie
- Feldenkrais-Methode
- Homöopathie
- Hydrotherapie
- Hyperthermie
- Kinesiologie
- Lüscher-Color-Test
- Mikrobiologische Therapie
- Neuraltherapie
- Organotherapie
- Orthomolekulare Therapie
- Osteopathie
- Physikalische Therapie
- Phytotherapie
- Proteomik - Funktionelle Proteomik nach CEIA
- Sauerstofftherapien
  - Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach von Ardenne
  - Ozon-Sauerstoff-Therapien
  - Ozon- / UV-Bestrahlung - spezielle Eigenblutbehandlungen
- Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)
- Thermographie

HanseMerkur

# Sonderbedingungen für die modifizierte Beitragszahlung (BEN)

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) mit Tarifbedingungen 2009 (TB/KK 2009).

**Abschlussfähigkeit**

Die Sonderbedingungen für die modifizierte Beitragszahlung können nur für versicherte Personen vereinbart werden, die bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG über einen Versicherungsschutz aus einer substitutiven Krankheitskostenversicherung verfügen oder diesen zum gleichen Zeitpunkt neu abschließen. Das Mindestalter bei Abschluss beträgt 20 Jahre.

**Gegenstand der Vereinbarung**

Mit diesen Sonderbedingungen wird ein monatlicher Beitragsnachlass im Alter vereinbart. Der Nachlass betrifft alle für die versicherte Person bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG bestehenden Krankheitskostentarife (einschließlich der Sonderbedingungen BEN) und reduziert den auf diese Tarife entfallenden monatlichen Gesamtbeitrag. Der Gesamtbeitrag ermäßigt sich ab dem 1. Januar des Jahres, in dem die versicherte Person das Alter 65 erreicht, um den vereinbarten Beitragsnachlass. Als Beitragsnachlass kann ein Mindestbetrag in Höhe von 10 EUR oder ein Vielfaches dieses Mindestbetrags vereinbart werden.

**Bezeichnung**

Der zum Alter 65 vereinbarte Beitragsnachlass wird bei der Bezeichnung der Sonderbedingungen angegeben. So bedeutet z. B. BEN/100, dass ein monatlicher Nachlass in Höhe von 100 EUR vereinbart ist.

**Umfang des Beitragsnachlasses**

Der monatliche Beitragsnachlass wird ab dem 1. Januar des Jahres berücksichtigt, in dem die versicherte Person das Alter 65 erreicht. Übersteigt der vereinbarte Beitragsnachlass den nicht reduzierten Gesamtbeitrag für die versicherten Krankheitskostentarife und diese Sonderbedingungen, wird der Beitragsnachlass auf die Höhe des Gesamtbeitrags gesenkt. Die gemäß diesen Sonderbedingungen gebildete Alterungsrückstellung bleibt dabei vollständig erhalten.

**Beitragszahlungsdauer**

Der Zusatzbeitrag für die modifizierte Beitragszahlung ist bis zur Beendigung der Sonderbedingungen, also auch nach Einsetzen des monatlichen Beitragsnachlasses, zu zahlen.

**Änderungen des Beitragsnachlasses**

Der vereinbarte Beitragsnachlass kann nur vor dem 1. Januar des Jahres, in dem die versicherte Person das Alter 65 erreicht, erhöht oder verringert werden. Der Zusatzbeitrag für die modifizierte Beitragszahlung ist abhängig von dem zum Zeitpunkt der Änderung erreichten Alter und ergibt sich jeweils aus den technischen Berechnungsgrundlagen.

**Beitragsanpassung**

Den Leistungen des Versicherers liegen die durchschnittlichen Vertragsdauern zugrunde. Diese können sich aufgrund einer veränderten Lebenserwartung der Versicherten ändern. Ergibt die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten eine Abweichung um mehr als 5 Prozent, so werden alle Zusatzbeiträge überprüft und ggf. mit Zustimmung des mathematischen Treuhänders angepasst.

**Beendigung der Krankheitskostenversicherung**

1. Endet die substitutive Krankheitskostenversicherung und wird sie ohne Unterbrechung bei einem anderen Unternehmen der Privaten Krankenversicherung fortgesetzt, so enden auch diese Sonderbedingungen, und die nach ihren technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Alterungsrückstellung wird als Teil des Übertragungswerts an das fortführende Unternehmen übertragen.

2. Endet die substitutive Krankheitskostenversicherung, ohne dass sie in unmittelbarem Anschluss bei einem anderen Unternehmen der Privaten Krankenversicherung fortgesetzt wird, und besteht zu diesem Zeitpunkt ein nicht substitutiver Krankheitskostentarif mit Alterungsrückstellung oder wird ein solcher Tarif neu abgeschlossen, so werden die Sonderbedingungen fortgeführt. Existiert kein entsprechender Tarif, so enden die Sonderbedingungen, und die hieraus gebildete Alterungsrückstellung wird zugunsten der Versichertengemeinschaft verwendet. Das gleiche gilt, wenn alle Krankheitskostentarife mit Alterungsrückstellung zu einem späteren Zeitpunkt enden.

**Kündigung der Sonderbedingungen**

Der Versicherungsnehmer kann die Sonderbedingungen zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Das erste Versicherungsjahr beginnt an dem Tag, der auf dem Versicherungsschein unter „Beginn“ angegeben ist; es endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

Bestehen zum Zeitpunkt der Beendigung der Sonderbedingungen für die versicherte Person weiterhin Krankheitskostentarife mit Alterungsrückstellung, wird die nach den technischen Berechnungsgrundlagen der Sonderbedingungen gebildete Alterungsrückstellung sofort beitragsmindernd auf die Beiträge dieser Tarife angerechnet, soweit sie nicht als Übertragungswert an ein anderes Unternehmen der Privaten Krankenversicherung übergeht. Besteht keine solche Krankheitskostenversicherung fort, so wird die Alterungsrückstellung zugunsten der Versichertengemeinschaft verwendet.

Der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.



HanseMerkur Krankenversicherung AG Siegfried-Wedells-Platz 1 20354 Hamburg Tel.: 040 4119-4119, Fax: -3257 www.hansemerkur.de

HanseMerkur

# Private Pflegepflichtversicherung

## Zusatzvereinbarungen für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten gültig ab 1. April 2026

In Änderung bzw. Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2026 und Tarif PV) gilt Folgendes:

1. Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten i. S. v. § 20 Abs. 1 Nummern 9 und 10 SGB XI werden in Tarifstufe PVN versichert. Über die in Satz 1 genannte Eigenschaft ist eine Bescheinigung vorzulegen.

2. Die unter Nummer 1. genannten Versicherten zahlen für Leistungen nach den Nummern 1. bis 16. des Tarifs PV sowie nach § 4 Abs. 18 MB/PPV 2026 einen monatlichen Beitrag, der sich aus dem Versicherungsschein bzw. dessen Nachträgen ergibt.

3. Besonders vereinbarte Beitragszuschläge ruhen während der Beitragseinstufung aufgrund der in Nummer 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 2026, Nummer 3 b) der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI“, der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG“ oder der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI“, so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.

5. Nach Wegfall der Eigenschaft gemäß Nummer 1., spätestens ab Vollendung des 39. Lebensjahres, erfolgt die Beitragseinstufung zum dann erreichten Alter nach Maßgabe von Nummer 4. Sätze 1 und 2.

6. Bei einer Beitragsanpassung gemäß § 8b MB/PPV 2026 wird der Beitrag dergestalt begrenzt, dass das Verhältnis zwischen dem Beitrag für die unter Nummer 1. genannten Versicherten und dem jeweiligen Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung dem am 1. Januar 1995 maßgeblichen Verhältnis entspricht.

7. Für eine Änderung dieser Zusatzvereinbarungen gilt § 18 MB/PPV 2026 entsprechend.



HanseMerkur Krankenversicherung AG Siegfried-Wedells-Platz 1 20354 Hamburg Tel.: 040 4119-4119, Fax: -3257 www.hansemerkur.de

HanseMerkur

# Besondere Bedingungen für Personen, die sich in einer Berufsausbildung befinden

1. Versicherungsfähig sind folgende Personen:

   a) Personen, die in der Ausbildung für einen anerkannten Beruf stehen und weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen - mit Ausnahme von Ausbildungsvergütungen bzw. Anwärterbezügen - erhalten,

   b) Schüler,

   c) Studenten,

   d) Personen, die ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes oder Bundesfreiwilligendienst leisten,

   e) nicht berufstätige Ehegatten und Lebenspartner (gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz) der nach a) - d) versicherten Personen

   ab Beginn des Kalenderjahres, in dem sie das 20. Lebensjahr vollenden, sofern sie das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Personen nach a), c) und d) sind in den Unisex-Kompakttarifen der Krankheitskostenvollversicherung ab Beginn des Kalenderjahres versicherungsfähig, in dem sie das 15. Lebensjahr vollenden. Beamtenanwärter sind ab Beginn des Kalenderjahres versicherungsfähig, in dem sie das 15. Lebensjahr vollenden. Für Verträge, die nach dem 21.12.2012 abgeschlossen wurden, können diese Besonderen Bedingungen bis zur Vollendung des 39. Lebensjahres vereinbart werden.

2. Die monatlichen Beitragsraten für die Zeit der Ausbildung richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter und ergeben sich aus der nach den technischen Berechnungsgrundlagen erstellten Beitragsübersicht. Jeweils nach einer Versicherungsdauer von 36 Monaten werden die Beiträge zu dem dann erreichten Lebensalter zum 01. des folgenden Monats neu festgesetzt. Die Bestimmungen gemäß § 8b der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung zu Beitragsanpassungen bleiben davon unberührt.

3. Abweichend von den für die versicherten Tarife gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) gelten folgende besondere Bestimmungen:

   3.1 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen (Nummer 1.) auf Verlangen jederzeit nachzuweisen. Kommt er dieser Verpflichtung nicht innerhalb einer Frist von einem Monat nach Versand der Aufforderung nach, so ist ab dem 01. des Folgemonats für die nach diesen Besonderen Bedingungen versicherte Person und eine ggf. nach Nummer 1. e) mitversicherte Person der volle Tarifbeitrag des zu diesem Zeitpunkt erreichten Alters zu zahlen. Dabei erfolgt keine erneute Risikoprüfung, und es sind auch keine erneuten Wartezeiten zurückzulegen.

   3.2 Endet die unter Nummer 1. genannte Berufsausbildung - bzw. die Schulzeit, das Studium oder der Freiwilligendienst - oder wird sie um mehr als 6 Monate bzw. wegen einer Elternzeit um mehr als 36 Monate unterbrochen, so ist vom 01. des Folgemonats an für die versicherte Person und eine ggf. nach Nummer 1. e) mitversicherte Person der volle Tarifbeitrag des zu diesem Zeitpunkt erreichten Alters zu zahlen. Diese Regelung gilt auch für die versicherte Person, die das 34. bzw. bei Verträgen, die nach dem 21.12.2012 abgeschlossen wurden, das 39. Lebensjahr vollendet, sowie für den mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner, wenn dieser eine Berufstätigkeit aufnimmt. Dabei erfolgt keine erneute Risikoprüfung, und es sind auch keine erneuten Wartezeiten zurückzulegen.

   3.3 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen (Nummer 1.) innerhalb einer Frist von einem Monat in Textform mitzuteilen.

   3.4 Will der Versicherungsnehmer von der Umstufung in die Normaltarife gemäß Nummer 3.1 oder 3.2 keinen Gebrauch machen, kann er den Vertrag innerhalb eines Zeitraums von 2 Monaten nach dem Umstufungszeitpunkt durch Mitteilung in Textform zum Zeitpunkt der Umstufung beenden.

HanseMerkur

# Besondere Bedingungen für die Krankenversicherung im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages

**1. Gruppenversicherungspartner**

Gruppenversicherungspartner im Sinne dieser Besonderen Bedingungen ist der Arbeitgeber, der Verband oder der eingetragene Verein, mit dem die HanseMerkur Krankenversicherung AG einen Gruppenversicherungsvertrag abgeschlossen hat.

**2. Versicherungsnehmer / mitversicherte Personen**

Versicherungsnehmer im Sinne dieser Besonderen Bedingungen sind Vorstandsmitglieder bzw. Mitglieder der Geschäftsleitung sowie alle Mitarbeiter oder Mitglieder eines Gruppenversicherungspartners, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Die Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder der Mitarbeiter oder Mitglieder, Vorstandsmitglieder bzw. Mitglieder der Geschäftsleitung können mitversichert werden (mitversicherte Personen), Kinder jedoch nur bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Darüber hinaus können Kinder mitversichert werden, wenn und solange sie sich noch in der Berufsausbildung befinden, nicht jedoch über das 27. Lebensjahr hinaus.

**3. Gegenstand des Gruppenversicherungsvertrages**

Gegenstand des Gruppenversicherungsvertrages ist der mit dem Vertragspartner vereinbarte bzw. im Gruppenversicherungsvertrag festgelegte Versicherungsschutz. Die Tarife sind nur gültig in Verbindung mit den jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Es gelten die in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten tariflichen monatlichen Beitragsraten der Gruppenversicherung mit den dort festgelegten Nachlässen.

Für die Pflegepflichtversicherung und die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung wird kein Nachlass im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages gewährt. Ebenso können für im Rahmen einer Kooperation mit einer gesetzlichen Krankenversicherung im Hinblick auf ersparte Abschlusskosten schon begünstigte Tarife keine weiteren entsprechenden Nachlässe gegeben werden.

**4. Beitragszahlung**

Der Gruppenversicherungspartner verpflichtet sich, die Beiträge monatlich im Voraus in einer Summe an den Versicherer zu überweisen und mit ihm abzurechnen.

Im Sinne der o. g. Sammelüberweisung sorgt der Gruppenversicherungspartner dafür, dass der Versicherungsnehmer dem Versicherer ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt.

**5. Wartezeiterlass**

Die Wartezeiten werden - mit Ausnahme der Pflegepflichtversicherung, der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung und der ergänzenden Pflegekrankenversicherung - zusätzlich zu § 3 AVB erlassen,

a) wenn binnen sechs Monaten nach Abschluss des Gruppenversicherungsvertrages Versicherungsschutz beantragt wird,

b) wenn neu eingestellte Mitarbeiter bzw. neue Mitglieder binnen sechs Monaten nach ihrer Einstellung bzw. dem Beginn ihrer Mitgliedschaft Versicherungsschutz beantragen,

c) wenn bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG der Versicherungsschutz wegen einer bereits anderweitig bestehenden Versicherung gegen das gleiche Risiko erst zu einem späteren Zeitpunkt beantragt wird.

In der Pflegepflichtversicherung, der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung und der ergänzenden Pflegekrankenversicherung gibt es keinen zusätzlichen Wartezeiterlass.

**6. Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag**

Das Ausscheiden des Versicherungsnehmers aus dem versicherbaren Personenkreis ist dem Versicherer unverzüglich zu melden. Entsprechendes gilt für das Ausscheiden mitversicherter Personen. Mit dem Ausscheiden entfallen die Besonderen Bedingungen des Gruppenversicherungsvertrages ggf. auch für mitversicherte Personen. Im Übrigen wird der Versicherungsvertrag unverändert fortgeführt.

Scheidet der Versicherungsnehmer oder eine mitversicherte Person aus dem versicherbaren Personenkreis aus, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von drei Monaten nach dem Ausscheiden kündigen.

Macht der Versicherungsnehmer von diesem Kündigungsrecht Gebrauch, so besteht für laufende Krankheitsfälle die Leistungspflicht des Versicherers noch für die Dauer von vier Wochen fort.

Als Ausscheiden gilt nicht der Eintritt in den Ruhestand, sofern die Voraussetzungen der Nummer 4 dieser Besonderen Bedingungen weiterhin eingehalten werden. Entsprechendes gilt beim Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben dann das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen.

**7. Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages**

Mit der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages entfallen die Besonderen Bedingungen des Gruppenversicherungsvertrages.

Wird der Gruppenversicherungsvertrag beendet, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne mitversicherte Personen innerhalb von drei Monaten nach Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages kündigen.



HanseMerkur Krankenversicherung AG Siegfried-Wedells-Platz 1 20354 Hamburg Tel.: 040 4119-1100, Fax: -3257 www.hansemerkur.de

HanseMerkur

# Besondere Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung (AwV) nach Tarif AwVK

**1. Allgemeine Bestimmungen**

Für die kleine AwV gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der in Anwartschaft stehenden Tarife in der jeweils gültigen Fassung, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden, und etwaige besondere Vereinbarungen. Diese Besonderen Bedingungen gelten nicht für die Pflegepflichtversicherung, den Standardtarif und den Basistarif.

**2. Voraussetzungen für den Abschluss**

Der Abschluss der kleinen AwV ist nach Maßgabe der zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen möglich für die Dauer

a) einer Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder eines Anspruchs auf Familienversicherung bei einer gesetzlichen Krankenversicherung,

b) eines Anspruchs auf Heilfürsorge,

c) eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes,

d) einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in das Ausland,

e) einer wirtschaftlichen Notlage,

f) einer durch den Arbeitgeber finanzierten betrieblichen Krankenversicherung mit vergleichbaren Leistungen.

Der Abschluss der kleinen AwV ist außerdem möglich zur Fortführung eines

g) gekündigten Vertrages.

In den Fällen c) bis e) ist der Abschluss nur für eine zeitlich im Voraus festgelegte Dauer möglich. Bei weiterem Bedarf ist eine zeitlich festzulegende Verlängerung der Dauer möglich, sofern dies vor Erreichen des bisher vereinbarten Ablauftermins beantragt wird.

**3. Gegenstand der Versicherung**

3.1 Durch Abschluss der kleinen AwV erwirbt die versicherte Person das Recht, bei Wegfall der unter 2 a), b) oder f) genannten Voraussetzungen, in den Fällen 2 c) bis e) nach Ablauf der vereinbarten Dauer und im Fall g) jederzeit auf die Tarife überzugehen, für die eine Anwartschaft bestand.

3.2 Ein Anspruch auf die tariflichen Leistungen besteht für die Dauer der kleinen AwV nicht.

**4. Aufleben des Versicherungsschutzes**

4.1 Der Wegfall der Voraussetzungen für die kleine AwV nach 2 a), b) oder f) ist innerhalb einer Frist von 2 Monaten anzuzeigen und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Bei fristgemäßer Anzeige erfolgt das Aufleben des Versicherungsschutzes der als AwV geführten Tarife zum Ersten des Monats, in dem die Voraussetzungen weggefallen sind.

4.2 Bei einer kleinen AwV nach 2 c) bis e) erfolgt das Aufleben des Versicherungsschutzes der als AwV geführten Tarife nach Ablauf der vereinbarten Dauer. Entfallen die Voraussetzungen c) bis e) höchstens zwei Monate vor oder nach dem vereinbarten Ablauftermin, erfolgt das Aufleben des Versicherungsschutzes zum Zeitpunkt des Fortfalls der Voraussetzung.

4.3 Bei einer kleinen AwV nach 2 g) ist ein Aufleben des Versicherungsschutzes frühestens zum Ersten des Monats möglich, der der Antragstellung folgt.

4.4 Nach Aufleben des Versicherungsschutzes besteht Leistungsanspruch in tariflichem Umfang auch für Krankheiten und Unfallfolgen, die während der Dauer der kleinen AwV eingetreten sind.

Die zurückgelegte Versicherungsdauer der kleinen AwV wird auf die tarifliche Wartezeit angerechnet.

4.5 Der Beitrag bei Aufleben des Versicherungsschutzes wird nach den Tarifen ermittelt, denen die kleine AwV zugrunde lag. Er wird zu dem Alter berechnet, das bei Beendigung der Anwartschaft erreicht ist.

Wird bei Vertragsbeginn ein Risikozuschlag zum Einschluss bekannter Vorerkrankungen vereinbart, so ist dieser erst ab dem Zeitpunkt des Auflebens des Versicherungsschutzes zu entrichten.

4.6 Wird die Anzeige nach 4.1 erst nach Ablauf der Zweimonatsfrist vorgenommen, so kann das Aufleben des Versicherungsschutzes von Besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden. Das Aufleben kann dann frühestens zum nächsten Monatsersten nach Zugang der Anzeige beim Versicherer erfolgen.

4.7 Entfallen die Voraussetzungen einer kleinen AwV nach 2 c) bis e) mehr als zwei Monate vor oder nach dem vereinbarten Ablauftermin, kann das Aufleben des Versicherungsschutzes abweichend von 4.2 zum Zeitpunkt des Fortfalls der Voraussetzungen nur nach einer erneuten Risikoprüfung erfolgen und von Besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden.

4.8 Wird vom Aufleben des Versicherungsschutzes kein Gebrauch gemacht, erlöschen alle erworbenen Rechte; eine Rückzahlung der Beiträge ist ausgeschlossen.

**5. Beiträge**

5.1 Für die kleine AwV werden Jahresbeiträge erhoben, die jedoch auch in gleichen monatlichen, viertel- oder halbjährlichen Raten gezahlt werden können, wenn beim Versicherer gleichzeitig eine andere Versicherung mit entsprechender Zahlungsweise besteht oder beantragt wird.

Die aktuell gültigen Anwartschaftsprozentsätze können beim Versicherer erfragt werden.

5.2 Erhöht oder vermindert sich während der Dauer der Anwartschaftsversicherung der Beitrag einschließlich eines evtl. vereinbarten Risikozuschlags, der ohne den Abschluss der kleinen Anwartschaftsversicherung zu zahlen wäre, so wird der Beitrag für die Anwartschaftsversicherung entsprechend verändert. Bei einer Beitragsänderung des der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden Tarifs kann auch der Prozentsatz für die Anwartschaftsversicherung mit Wirkung für bestehende Anwartschaften geändert werden.

HanseMerkur

# Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung (AwV) nach Tarif AwVG

**1. Allgemeine Bestimmungen**

Für die große AwV gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der in Anwartschaft stehenden Tarife in der jeweils gültigen Fassung, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden, und etwaige besondere Vereinbarungen. Diese Besonderen Bedingungen gelten nicht für die Pflegepflichtversicherung, den Standardtarif und den Basistarif.

**2. Voraussetzungen für den Abschluss**

Der Abschluss der großen AwV ist nach Maßgabe der zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen möglich für die Dauer

a) einer Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder eines Anspruchs auf Familienversicherung bei einer gesetzlichen Krankenversicherung,

b) eines Anspruchs auf Heilfürsorge,

c) eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes,

d) einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in das Ausland,

e) einer wirtschaftlichen Notlage,

f) einer durch den Arbeitgeber finanzierten betrieblichen Krankenversicherung mit vergleichbaren Leistungen.

Der Abschluss der großen AwV ist außerdem möglich zur Fortführung eines

g) gekündigten Vertrages,

h) wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit oder Eintritts der Berufsunfähigkeit beendeten Vertrages in der Krankentagegeldversicherung, falls mit Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

In den Fällen c) bis e) ist der Abschluss nur für eine zeitlich im Voraus festgelegte Dauer möglich. Bei weiterem Bedarf ist eine zeitlich festzulegende Verlängerung der Dauer möglich, sofern dies vor Erreichen des bisher vereinbarten Ablauftermins beantragt wird.

**3. Gegenstand der Versicherung**

3.1 Durch Abschluss der großen AwV erwirbt die versicherte Person das Recht, bei Wegfall der unter 2 a), b) oder f) genannten Voraussetzungen, in den Fällen 2 c) bis e) nach Ablauf der vereinbarten Dauer, im Fall g) jederzeit und im Fall h) bei Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit auf die Tarife überzugehen, für die eine Anwartschaft bestand.

3.2 Ein Anspruch auf die tariflichen Leistungen besteht für die Dauer der großen AwV nicht.

**4. Aufleben des Versicherungsschutzes**

4.1 Der Wegfall der Voraussetzungen für die große AwV nach 2 a), b) oder f) bzw. die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit im Fall h) ist innerhalb einer Frist von 2 Monaten anzuzeigen und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Bei fristgemäßer Anzeige erfolgt das Aufleben des Versicherungsschutzes der als AwV geführten Tarife zum Ersten des Monats, in dem die Voraussetzungen weggefallen sind bzw. die Erwerbstätigkeit wieder aufgenommen wurde.

4.2 Bei einer großen AwV nach 2 c) bis e) erfolgt das Aufleben des Versicherungsschutzes der als AwV geführten Tarife nach Ablauf der vereinbarten Dauer. Entfallen die Voraussetzungen c) bis e) höchstens zwei Monate vor oder nach dem vereinbarten Ablauftermin, erfolgt das Aufleben des Versicherungsschutzes zum Zeitpunkt des Fortfalls der Voraussetzung.

4.3 Bei einer großen AwV nach 2 g) ist ein Aufleben des Versicherungsschutzes frühestens zum Ersten des Monats möglich, der der Antragstellung folgt.

4.4 Nach Aufleben des Versicherungsschutzes besteht Leistungsanspruch in tariflichem Umfang auch für Krankheiten und Unfallfolgen, die während der Dauer der großen AwV eingetreten sind.

Die zurückgelegte Versicherungsdauer der großen AwV wird auf die tarifliche Wartezeit angerechnet.

4.5 Der Beitrag bei Aufleben des Versicherungsschutzes wird nach den Tarifen ermittelt, denen die große AwV zugrunde lag. Er richtet sich nach dem ursprünglichen Eintrittsalter der versicherten Person unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Beitragsänderungen.

Wird bei Vertragsbeginn ein Risikozuschlag zum Einschluss bekannter Vorerkrankungen vereinbart, so ist dieser erst ab dem Zeitpunkt des Auflebens des Versicherungsschutzes zu entrichten.

4.6 Wird die Anzeige nach 4.1 erst nach Ablauf der Zweimonatsfrist vorgenommen, so kann das Aufleben des Versicherungsschutzes von Besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden. Das Aufleben kann dann frühestens zum nächsten Monatsersten nach Zugang der Anzeige beim Versicherer erfolgen.

4.7 Entfallen die Voraussetzungen einer großen AwV nach 2 c) bis e) mehr als zwei Monate vor oder nach dem vereinbarten Ablauftermin, kann das Aufleben des Versicherungsschutzes abweichend von 4.2 zum Zeitpunkt des Fortfalls der Voraussetzungen nur nach einer erneuten Risikoprüfung erfolgen und von Besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden.

4.8 Wird vom Aufleben des Versicherungsschutzes kein Gebrauch gemacht, erlöschen alle erworbenen Rechte; eine Rückzahlung der Beiträge ist ausgeschlossen.



HanseMerkur Krankenversicherung AG Siegfried-Wedells-Platz 1 20354 Hamburg Tel.: 040 4119-4119, Fax: -3257 www.hansemerkur.de

**5. Beiträge**

5.1 Für die große AwV werden Jahresbeiträge erhoben, die jedoch auch in gleichen monatlichen, viertel- oder halbjährlichen Raten gezahlt werden können.

Die aktuell gültigen Anwartschaftsprozentsätze können beim Versicherer erfragt werden.

Für Jugendliche ist ab Ende des Kalenderjahres, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, der Beitragssatz für Erwachsene zu entrichten.

5.2 Erhöht oder vermindert sich während der Dauer der Anwartschaftsversicherung der Beitrag einschließlich eines evtl. zu Vertragsbeginn vereinbarten Risikozuschlags, der ohne den Abschluss der großen Anwartschaftsversicherung zu zahlen wäre, so wird der Beitrag für die Anwartschaftsversicherung entsprechend verändert. Bei einer Beitragsänderung des der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden Tarifs kann auch der Prozentsatz für die Anwartschaftsversicherung mit Wirkung für bestehende Anwartschaften geändert werden.

HanseMerkur

# Besondere Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (KANW-PPV)

gültig ab 1. April 2026

**1. Allgemeines**

Für die kleine Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2026 und Tarif PV), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

**2. Voraussetzungen**

2.1 Die kleine 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 Nr. 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 kleinen Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung werden während der Dauer der kleinen Anwartschaft nicht erhoben.

3.2 Bei einer Änderung der Beiträge der der kleinen Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 8b MB/PPV 2026 werden die Beiträge für die kleine Anwartschaftsversicherung mit Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt.

3.3 Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung oder in der kleinen 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 kleinen Anwartschaft der versicherten Person mitversichert.

3.4 Bei Wiederaufleben der der kleinen Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeträge aus der Vorversicherungszeit vor der kleinen Anwartschaftsversicherung und zuzüglich der vor Beginn der kleinen Anwartschaft eventuell vereinbarten Beitragszuschläge. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrages gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV 2026 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 nach 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 kleinen Anwartschaftsversicherung besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

**5. Ansprüche aus der kleinen Anwartschaftsversicherung**

5.1 Durch den Abschluss einer kleinen 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 kleinen 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 kleine 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 kleinen Anwartschaftsversicherung**

**6.1 Kündigung**

6.1.1 Der Versicherungsnehmer kann die kleine 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 kleinen 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 kleinen Anwartschaftsversicherung. Ab diesem Zeitpunkt sind die Beiträge gemäß Nr. 3.4 zu entrichten.

6.2.2 Die kleine 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 kleine 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 kleine Anwartschaftsversicherung.

**7. Änderung der Besonderen Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung**

Für eine Änderung der Besonderen Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung gilt § 18 MB/PPV 2026 entsprechend.



HanseMerkur Krankenversicherung AG Siegfried-Wedells-Platz 1 20354 Hamburg Tel.: 040 4119-4119, Fax: -3257 www.hansemerkur.de

HanseMerkur

# Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (GANW-PPV)

gültig ab 1. April 2026

**1. Allgemeines**

Für die große Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2026 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 2026 werden die Beiträge für die große 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 2026 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.

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 2026 entsprechend.

HanseMerkur

# Besondere Bedingungen für Auslandsaufenthalte

**1. Allgemeine Bestimmungen**

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der versicherten Tarife in der jeweils gültigen Fassung, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden, und etwaige besondere Vereinbarungen.

**2. Voraussetzungen für den Abschluss**

2.1 Der Abschluss der Besonderen Bedingungen für Auslandsaufenthalte ist möglich

a) für die Dauer eines vorübergehenden Aufenthaltes im europäischen oder außereuropäischen Ausland,

b) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat Europas einschließlich der außereuropäischen Teile der Türkei und Russlands.

2.2 Der Abschluss der Besonderen Bedingungen für Auslandsaufenthalte kann bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten von bis zu 12 Wochen Dauer nur bis zu deren Antritt, bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten von mehr als 12 Wochen Dauer und bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in das Ausland nur bis spätestens 2 Monate nach Beginn des Auslandsaufenthaltes beantragt werden. Die Besonderen Bedingungen für Auslandsaufenthalte gelten ab Beginn des Auslandsaufenthaltes. Lehnt der Versicherungsnehmer für die betroffene versicherte Person einen möglichen Beitragszuschlag ab oder erfolgt die Beantragung der Besonderen Bedingungen für Auslandsaufenthalte nicht fristgerecht, so ist der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

2.3 Der Abschluss der Besonderen Bedingungen für Auslandsaufenthalte ist nicht möglich für Krankentagegeldtarife (Verdienstausfall), für die Pflegepflichtversicherung, die ergänzende Pflegekrankenversicherung und die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, für den Basistarif BT, den Standardtarif ST, den Notlagentarif NLT und die Sonderbedingungen für die modifizierte Beitragszahlung (MBZ, BEP und BEN).

**3. Leistungszusage**

3.1 Durch Abschluss der Besonderen Bedingungen für Auslandsaufenthalte erwirbt die versicherte Person den Anspruch auf die vollen Leistungen der versicherten Tarife, ohne dass Begrenzungen der Erstattungen auf die Bundespflegesatzverordnung (BPflV), auf das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen gemäß den jeweils zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen vorgenommen werden (vgl. Tarifbedingungen zu § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 bzw. § 4 Abs. 2 AVB/KS bzw. Druckstücke der Tarife BSS, BSZ und ST).

3.2 Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen tariflich vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer gemäß § 5 Abs. 2 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

3.3 Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, auch unter Berücksichtigung der Abrechnungsvorschriften des jeweiligen Auslands, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

**4. Beiträge**

4.1 Zusätzlich zu den tariflichen Beiträgen sind für die Geltungsdauer der Besonderen Bedingungen für Auslandsaufenthalte Zuschläge für Auslandsaufenthalte zu entrichten, die vom jeweiligen Aufenthaltsland abhängig sind und beim Versicherer erfragt werden können.

4.2 Erhöht oder vermindert sich während der Dauer des Auslandsaufenthaltes der Beitrag eines Tarifs, so wird der Zuschlag für Auslandsaufenthalte entsprechend verändert.

4.3 Der Zuschlag für Auslandsaufenthalte kann mit Wirkung für bestehende Versicherungen neu festgesetzt werden, wenn das Niveau der Krankheitskosten des jeweiligen Landes sich gegenüber dem deutschen Kostenniveau signifikant verändert hat.



HanseMerkur Krankenversicherung AG Siegfried-Wedells-Platz 1 20354 Hamburg Tel.: 040 4119-1100, Fax: -3257 www.hansemerkur.de

# **Unser telefonischer** Kundenservice

## Telefonische Betreuung bei Versicherungsfragen

Sie haben Fragen zu Ihrem Versicherungsschutz? Oder benötigen unsere Hilfe bei der Klärung von Sachverhalten? Dann wenden Sie sich vertrauensvoll an unser Service-Telefon. Hier werden Ihre Fragen und sonstigen Anliegen schnell und unkompliziert von kompetenten Ansprechpartnern geklärt.

## Für Fragen zu Ihrer bestehenden Versicherung

Telefon 040 4119-4119
von Montag bis Freitag, 08:00 bis 20:00 Uhr

## 24 Stunden Notruf-Service auf Reisen

Auch auf Reisen müssen Sie sich im Ernstfall keine Gedanken über sofortige Hilfe machen. Bei **dringenden Notfällen** steht allen Versicherten der HanseMerkur unser weltweiter Notruf-Service zur Verfügung. Zu jeder Zeit, rund um die Uhr, auch an Sonn- und Feiertagen.

## Für dringende Notfälle auf Reisen

Telefon +49 40 21031-6027

Die Hilfeleistung können Sie beschleunigen, wenn Sie Ihre HanseMerkur Versicherungsnummer nennen. Besonders vor Reisen sollten Sie sich diese unbedingt notieren.

**HanseMerkur Krankenversicherung AG**

Postfach
20352 Hamburg

Telefon 040 4119-4119
Telefax 040 4119-3257

info@hansemerkur.de
www.hansemerkur.de/gesundheitsservice

Vollversicherung April 2026 / KK 001 04.26