universa
Krankenversicherung a. G.

Versicherungsbedingungen

für die Kranken- und Pflegeversicherung

Wichtig für die Empfangsbestätigung im Antrag:
KVB-800
01.25

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

- Bereich Versicherungen -

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

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

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

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

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

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren. Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden[1]. Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

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

Krankenversichertennummer (KVNR) und Telematikinfrastruktur (TI)

Nutzung der Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI)

Die **TI** vernetzt alle Akteure des Gesundheitswesens und gewährleistet den sicheren Austausch von Informationen. Sie ist ein geschlossenes Netz, zu dem nur registrierte Nutzer (Personen oder Institutionen) Zugang erhalten. Die **TI** bietet Versicherten und Leistungserbringern verschiedene Anwendungen, z. B. die elektronische Patientenakte und das elektronische Rezept. Bei einigen Anwendungen entscheidet Ihr Versicherer, ob diese den Versicherten angeboten werden. Für Sie als privat versicherte Person ist die Nutzung dieser Anwendungen freiwillig. Die Hoheit über die Daten liegt bei den Anwendungen der **TI** allein bei Ihnen.

Krankenversichertennummer (KVNR)

Für den Zugang zur **TI** ist eine kartenlose digitale Identität nach § 291 SGB V erforderlich. Die digitale Identität dient als Ihr persönlicher Schlüssel zu den Anwendungen in der **TI**. Um Ihnen eine digitale Identität und die daran gebundenen Anwendungen der **TI** bereitstellen zu können, benötigen wir Ihre KVNR. Auch für die Meldung einer implantatbezogenen Maßnahme (z. B. bei Brustimplantaten, Herzklappen, Hüftprothesen u. a.) wird nach dem Implantateregistergesetz eine KVNR benötigt.

Wenn Sie noch keine KVNR haben, lassen wir diese für Sie erstellen. Die KVNR wird auch für privat Versicherte durch die gesetzlich vorgesehene Vertrauensstelle nach § 290 SGB V auf der Grundlage der Rentenversicherungsnummer (RVNR) individuell einmalig vergeben. Nähere Informationen über das Verfahren zur Bildung einer KVNR durch die Vertrauensstelle finden Sie unter https://www.itsg.de/produkte/vstkrankenversichertennummer/. Sollten Sie bereits über eine KVNR verfügen, ist diese zur Vermeidung von Doppelvergaben mit der Vertrauensstelle KVNR abzugleichen. Da die Vergabe bzw. der Abgleich der KVNR auf der Grundlage der RVNR erfolgt, ist es erforderlich, dass wir der Vertrauensstelle folgende personenbezogene Daten übermitteln:

- Das Bestehen des Versicherungsverhältnisses und
- Die Rentenversicherungsnummer (RVNR)

Für den Fall, dass eine RVNR noch nicht vergeben wurde, lassen wir diese durch die Deutsche Rentenversicherung für Sie bilden. Sofern eine RVNR vorhanden ist, rufen wir diese bei der Deutschen Rentenversicherung ab. In beiden Fällen ist es erforderlich, dass wir der Deutschen Rentenversicherung das Bestehen des Versicherungsverhältnisses mitteilen und folgende personenbezogene Daten an die Deutsche Rentenversicherung übermittelt:

Familienname, ggfs. Geburtsname, Vorname, ggfs. Titel, Geburtsdatum, Geschlecht, Geburtsort, Geburtsland, ggfs. Staatsangehörigkeit, Wohnort, Straße, Hausnummer, ggfs. Kennzeichen für Mehrlingsgeburt

Die vorangestellten Erklärungen ermöglichen den Abgleich bzw. die Vergabe der KVNR und der RVNR und umfassen nicht die weitere Datenverarbeitung z. B. die Verwendung der **KVNR** für die konkrete Nutzung der Anwendungen der **TI**. Dies bedarf einer gesonderten Rechtsgrundlage, über welche an entsprechender Stelle gesondert informiert wird.

**Zur besseren Lesbarkeit verwenden wir in diesem Dokument ausschließlich männliche Personenbezeichnungen.
Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass diese stellvertretend für alle Geschlechter stehen.**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung 6
Der Versicherungsschutz 6
Pflichten des Versicherungsnehmers 9
Ende der Versicherung 11
Sonstige Bestimmungen 13

Tarifbeschreibungen:
Tarif uni-A 15
Tarif uni-ZA 17
Tarif uni-ST 19
Tarif uni-BZ 21
Tarif uni-BZ plus 24
Tarif uni-BZA plus 27
Tarif uni-BSA 30
Tarif uni-BSZA 33
Tarif uni-BSST 35
Tarif uni-BA|Kompakt 37
Tarif uni-AM 41
Tarif uni-ZAM 43
Tarif uni-STM 45
Tarif uni-Top|Privat 47
Tarif uni-VE 56
Tarif uni-intro|Privat 61
Tarif uni-ZZ 67
Tarif uni-ZF 69
Tarif uni-intro|Privat-Spezial 70
Tarif uni-ZZ-Spezial 76
Tarif uni-ZF-Spezial 78

Tarif uni-EZ 80
Tarif uni-med|A 85
Tarif uni-GZ plus 87
Tarif uni-GZ 90
Tarif uni-dent|Privat 92
Tarif uni-dent|Komfort 94
Tarif uni-SZ 95
Tarif uni-SZ II plus 96
Tarif uni-SZ II 97
Tarif uni-KSKT 99
Tarif uni-KU 101
Tarif uni-SZ II-E 102
Tarif uni-SZ-E 104

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung 106
Tarif uni-KT 114

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die private Pflegepflichtversicherung 116
Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB 129
Pflegehilfsmittelverzeichnis 135
Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten 137

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Pflegeergänzungsversicherung 139
Tarif uni-PT-Premium 146
Tarif uni-PT-Komfort 148
Tarif uni-PV plus 150

Besondere Bedingungen für die Reduzierung des Beitrags im Alter uni-BE|flex (uni-BEF) 152
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den Tarif uni-OPTI 154
Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif uni-AWG 159
Besondere Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung (BB AWV) 165
Besondere Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (KANW-PPV) 166
Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (GANW-PPV) 167
Besondere Bedingungen für Ausbildungszeiten (BB AE) 168
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreisekrankenversicherung nach Tarif uni-RD (AVB/uni-RD) 170

Informationen für Versicherte im Basistarif der Privaten Krankenversicherung 176
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den Basistarif 177
Tarif uni-BT 183
Besondere Bedingungen für die befristete Leistungsstufe 20% (R-Stufe) im Basistarif Tarifstufe uni-BTB/BTB 191
Besondere Bedingungen für Ausbildungszeiten (BBA) im Basistarif Tarifstufe uni-BTN/BTN 192
Besondere Bedingungen für Ausbildungszeiten (BBA) im Basistarif Tarifstufe uni-BTB/BTB 193
Heilmittelverzeichnis des Basistarifs 194
Besondere Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung im Basistarif 198

Auszug aus dem: 201
Versicherungsvertragsgesetz (VVG),
Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG),
Lebenspartnerschaftsgesetz,
Bundesversorgungsgesetz (BVG),
Sozialgesetzbuch (SGB),
Pflegezeitgesetz (PflegeZG),
Familienpflegezeitgesetz (FPfZG),
Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG),
Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV),
Einkommensteuergesetz (EStG),
Mutterschaftsgesetz (MuSchG),
Bundesbeihilfeverordnung (BBhV),
Zweites Buch über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989),
Entwicklungshelfer-Gesetz (EhfG),
Gesetz über die Rechtsstellung der Soldaten (Soldatengesetz – SG)
Auszug aus der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Krankentagegeldversicherung

Pflegeversicherung

Pflegezusatzversicherung

spezielle Versicherungen

Basistarif

Gesetzestexte

Vollversicherung

Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

KVB-085 05.23

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a. G.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlungen und sonst vereinbarte Leistungen,

b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

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

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

(2.1) Als Versicherungsfall gilt auch der Schwangerschaftsabbruch, dessen Rechtmäßigkeit den gesetzlichen Vorschriften entsprechend festgestellt ist.

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

c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

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

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

(4.1) Abweichend von § 1 (4) und § 15 (3) besteht während eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz

- entweder bis zu 36 Monaten, sofern eine Krankheitskostenvollversicherung (mit Anspruch mindestens auf ambulante Leistungen sowie allgemeine Krankenhausleistungen) besteht, deren Versicherungsbeginn mindestens 36 Monate zurückliegt,
- oder bis zu drei Monaten in allen anderen Fällen.

(4.2) Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über die jeweils geltende Leistungsdauer gemäß § 1 (4.1) hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

(4.3) Dauert der Aufenthalt im außereuropäischen Ausland über die jeweils geltende Leistungsdauer gem. § 1 (4.1) und (4.2) an, kann der Versicherungsnehmer den Abschluss einer Vereinbarung über die Fortführung der Krankheitskostenvollversicherung beantragen. Der Versicherer ist zur Annahme des Antrages verpflichtet, wenn dieser vor Ablauf der jeweils gem. § 1 (4.1) und (4.2) geltenden Leistungsdauer beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, einen angemessenen Beitragszuschlag zu verlangen und/oder die Verlängerung des Versicherungsschutzes zu befristen.

(4.4) Während der Leistungsdauer gem. § 1 (4.1) und (4.2) und solange eine besondere Vereinbarung gem. § 1 (4.3) besteht, ist eine Beendigung der Versicherung nach § 15 (3) ausgeschlossen.

(4.5) Wird vor einem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland, der die jeweils geltende Leistungsdauer gem. § 1 (4.1) und (4.2) überschreitet, keine Vereinbarung getroffen, so bleiben 50 % der tariflichen Leistungen erhalten.

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

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in andere Tarife mit gleichartigem 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 (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – s. Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

(6.1) Zu den erworbenen Rechten gemäß § 1 (6) gehört auch die Risikoeinstufung bei Vertragsabschluss aufgrund des vom Versicherer überprüften Gesundheitszustandes (Risikograd) der versicherten Person. Diese Einstufung darf der Versicherer bei einer Umwandlung in Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz nicht zu Lasten des Versicherungsnehmers unter Hinweis auf eine etwaige im Zieltarif andere Bewertung oder Bewertungsmethode des bei Vertragsbeginn festgestellten Risikogrades ändern.

(6.2) War bei einer Tarifumwandlung nach § 1 (6) für den bisherigen Tarif kein Risikozuschlag vereinbart, ist auch im neuen Tarif, vorbehaltlich der Regelung gemäß § 1 (6.3) kein Risikozuschlag zu bezahlen. War jedoch für den bisherigen Tarif bereits ein Risikozuschlag vereinbart, wird er im neuen Tarif gemäß § 8 a (3) angepasst.

(6.3) Das Recht des Versicherers, bei einer Tarifumwandlung in Zieltarife mit höherem oder umfassenderem Versicherungsschutz nach § 1 (6) Satz 4 für die Mehrleistungen Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse verlangen zu können bleibt unberührt. Ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten.

§ 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.

(1.1) Die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes gelten entsprechend bei der nachträglichen Mitversicherung von Personen.

(1.2) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes bzw. des erhöhten Versicherungsschutzes eingetreten sind und noch andauern, wird ab dem im Versicherungsschein bezeichneten Beginn der Versicherung oder Vertragsänderung geleistet, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf der Wartezeiten. Die Pflicht des Versicherungsnehmers zur Anzeige aller im Antrag gefragten Umstände bleibt hiervon unberührt.

(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.

(2.1) Wird ein Kind gemäß § 2 (2) im gleichen Tarif eines versicherten Elternteils mitversichert, beginnt der Versicherungsschutz auch dann ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn für das Kind eine niedrigere oder keine jährliche Selbstbeteiligung gewählt wird.

(2.2) Wird ein Kind gemäß § 2 (2) mitversichert, so besteht auch Versicherungsschutz für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

(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.

(4) Sonderregelung für Beihilfeberechtigte:
Vermindert sich bei einem Versicherten mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfeanspruch oder entfällt er, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Beihilfeänderung 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 gewährt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht gegeben ist. Die Vergünstigungen gemäß der Sätze 1 und 2 finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Änderung des Beihilfeanspruches gestellt wird und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er die Verminderung oder den Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgleicht, jedoch nicht mehr als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Veranlassung des Versicherers nachzuweisen.

(5) § 2 (4) gilt sinngemäß, wenn sich bei einem Versicherten mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfeanspruch erhöht.

§ 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 Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird.

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

(3.1) Die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung und Zahnersatz entfallen, wenn die Zahnbehandlung bzw. der Zahnersatz aufgrund eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalles notwendig wird.

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

(4.1) Die allgemeine Wartezeit sowie die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie, Entbindung und Psychotherapie können in allen Tarifen erlassen werden, wenn ein ärztliches bzw. zahnärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Personen auf einem Vordruck der uniVersa Krankenversicherung a. G. vorgelegt wird.

(4.2) Bei Personen, die mit ihrer Krankheitskostenvollversicherung von einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung zur uniVersa wechseln, können die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten erlassen werden, wenn bestimmte, im Antrag auf Abschluss der Krankenversicherung genannte Voraussetzungen erfüllt sind.

(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.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

(1.1) Sofern der Tarif eine jährliche Selbstbeteiligung vorsieht, wird diese je versicherte Person von den erstattungsfähigen Kosten berechnet. Auch bei Vorleistung durch eine gesetzliche Krankenkasse oder Ersatzkasse ist diese Selbstbeteiligung vom Versicherungsnehmer in voller Höhe zu tragen.

Beginnt der Vertrag in der zweiten Hälfte eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich die Selbstbeteiligung um die Hälfte.

(1.2) Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, werden auch Aufwendungen über den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte (GOÄ/GOZ) erstattet, sofern sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet sind und den Anforderungen der jeweiligen Gebührenordnung entsprechen.

(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.

(2.1) Der versicherten Person steht auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem auch zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder in einer Ärztegesellschaft tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden. Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl unter den sozialpädiatrischen Zentren.

(2.2) Zur ambulanten Heilbehandlung gehören auch die im Rahmen einer ambulanten telemedizinschen Behandlung erbrachten ärztlichen Leistungen, die Behandlungen in der Ambulanz eines Krankenhauses, das die Voraussetzungen nach § 4 (4) erfüllt, sowie das ambulante Operieren. Nicht zur ambulanten Heilbehandlung gehören die teilstationäre sowie die vor- und nachstationäre Behandlung.

(2.3) Sofern ein Tarif Leistungen für Heilmittel vorsieht, müssen diese von niedergelassenen Ärzten, Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes oder staatlich geprüften Angehörigen von Heil-/ Hilfsberufen (wie Masseur, medizinischer Bademeister, Physiotherapeut, Krankengymnast, Logopäde, Ergotherapeut und Podologe) erbracht werden.

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

(3.1) Arzneimittel können außer aus der Apotheke auch aus der Internet- oder Versandapotheke bezogen werden, sofern für diese eine behördliche Erlaubnis zum Versandhandel in Deutschland vorliegt.

(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 ausrei-

chende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(4.1) Als Krankenhäuser gelten auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette. Bei stationärer Heilbehandlung in anderen Einrichtungen der Bundeswehr oder sonstiger kasernierter Einheiten (Sanitätsbereich, Revier oder dgl.) wird die Hälfte des vereinbarten Krankenhaustagegeldes gezahlt.

(4.2) In Tarifen mit Leistungen bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern erstreckt sich der Versicherungsschutz auf vollstationäre Behandlungen. Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, besteht für teilstationäre sowie für vor- und nachstationäre Behandlungen keine Leistungspflicht.

(4.3) Erstattungsfähig sind nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung 100 % der verbleibenden Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner stationären Behandlung in einem Krankenhaus bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erfolgen kann. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

(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.

(5.1) Abweichend von § 4 (5) kann sich der Versicherer auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn

a) es sich um eine Notfalleinweisung handelte, oder

b) die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war, oder

c) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte oder

d) sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt verordnete weitere Heilbehandlung in einer anderen Krankenanstalt anschließt und diese Heilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern (Anschlussheilbehandlung).

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

(7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

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

(9) Für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gelten die Bestimmungen der Satzung.

Danach darf die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nur zur Ausschüttung an die Mitglieder verwendet werden. Als Form der Ausschüttung kann die Mitgliedervertretung wählen:

- Auszahlung an die Mitglieder
- Beitragsgutschrift
- Leistungserhöhung
- Beitragssenkung
- Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Minderung von Beitragserhöhungen.

Die Mitgliedervertretung bestimmt, für welche Tarife und in welcher Höhe die Beitragsrückerstattung ausgezahlt wird, sowie nach welchen Bemessungsgrundsätzen.

§ 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;

(1.1) Während der ersten beiden Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland wird auch für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen geleistet, die durch Kriegsereignisse verursacht worden sind. Keine Kriegsereignisse im Sinne von § 5 (1) a) sind Terroranschläge.

Für Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird unter Beachtung von § 5 (3) geleistet.

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

(1.2) Abweichend von § 5 (1) b) sind in der Krankheitskostenvollversicherung, bei der die Beiträge für die Tarife für ambulante und stationäre Heilbehandlung geschlechtsunabhängig erhoben werden, die Aufwendungen für die Behandlung von stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen (Suchterkrankungen) mit Ausnahme von Nikotinsucht nach folgenden Maßgaben erstattungsfähig:

- Ein Anspruch besteht für insgesamt bis zu drei Entwöhnungsbehandlungen während der gesamten Laufzeit des Versicherungsvertrages,
- hinsichtlich der Entwöhnungsbehandlung kann kein gesetzlicher Rehabilitationsträger oder sonstige Leistungserbringer in Anspruch genommen werden,
- die Aufwendungen für eine Entwöhnungsbehandlung im ambulanten Rahmen sind bis zu einer Dauer von sechs Monaten erstattungsfähig,
- die Aufwendungen für eine Entwöhnungsbehandlung im stationären Rahmen sind bis zu einer Dauer von drei Monaten erstattungsfähig. Erstattungsfähig sind dabei die allgemeinen Krankenhausleistungen (ohne Wahlleistungen) in Krankenhäusern, die der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen,
- der Versicherer hat vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Leistungszusage erteilt,
- die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 70 % erstattet.

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 Leis-

tungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

(1.3) Leistungspflicht besteht für künstliche oder extrakorporale Befruchtung, wenn eine organbedingte Sterilität der versicherten Person vorliegt und die Befruchtung nach objektiver medizinischer Feststellung das einzige Mittel zur Herbeiführung einer Schwangerschaft ist. Erstattungsfähig sind bei begründeter Erfolgsaussicht die Aufwendungen für bis zu fünf Behandlungen.

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

(1.4) Abweichend von § 5 (1) d) sind in der Krankheitskostenvollversicherung die Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen im tariflichen Rahmen erstattungsfähig, wenn hinsichtlich der Maßnahme kein gesetzlicher Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden kann. Eine Anschlussheilbehandlung in diesem Sinne liegt vor, wenn sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt verordnete weitere Heilbehandlung in einer anderen Krankenanstalt oder im ambulanten Rahmen anschließt und diese Heilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern.

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;

(1.5) Abweichend von § 5 (1) e) erstreckt sich der Versicherungsschutz auf die ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort.

f) entfallen

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

h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

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

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

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

§ 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.

(1.1) Die Nachweise sind in Urschrift vorzulegen. Sie müssen den Namen der behandelten Person und die klinische Bezeichnung der behandelten Krankheit enthalten.

Bei Kostenbeteiligung eines anderen Versicherers genügt die Vorlage von Zweitschriften der Nachweise mit Erstattungsvermerk.

(1.2) Auf den Nachweisen müssen außerdem, wenn Kostenersatz beansprucht wird, die einzelnen Leistungen mit den Behandlungsdaten, bei Krankenhausbehandlung die Art der Unterbringung und, wenn Krankenhaustagegeld beansprucht wird, der Aufnahme- und Entlassungstag angegeben sein.

(1.3) Nachweise in Fremdsprache sind auf Verlangen des Versicherers auf Kosten des Anspruchsstellers zu übersetzen.

(1.4) Aufwendungen für Arznei- und Heilmittel werden nur erstattet, wenn die entsprechenden Nachweise zusammen mit denjenigen des Behandlers vorgelegt werden.

(1.5) Kosten gelten an dem Tag als entstanden, an dem die Heilbehandlung ausgeführt worden ist, bzw. die Arzneien, die Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen wurden.

(2) Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (s. 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.

(3.1) Sind begründete Zweifel an der Empfangsberechtigung bekannt, wird der Versicherer Leistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen.

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

(4.1) 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. Der versicherten Person bleibt in jedem Fall vorbehalten, durch Bankbeleg nachzuweisen, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.

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

(5.1) Wenn dem Versicherer ein inländisches Konto zur Überweisung von Leistungen angegeben wird, werden keine Kosten für die Überweisung abgezogen.

(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.

§ 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.

(1.1) Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Jahresbeitrag bzw. die erste monatliche Beitragsrate am Tage des Versicherungsbeginns fällig, auch wenn der Versicherungsschein vorher ausgehändigt wird.

(1.2) Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 (2) bzw. adoptierten Kindern gemäß § 2 (3) ist der Beitrag von dem auf die Geburt bzw. Adoption folgenden Monat an zu entrichten.

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

(3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der

Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

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

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

(6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe 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 folgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (s. 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 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 (s. 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 (s. Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

(8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (s. 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.

(8.1) Endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich einer betroffenen versicherten Person aufgrund einer Kündigung nach § 13 (3) nicht zum Letzen eines Monats, verzichtet der Versicherer auf den Beitrag dieses Monats.

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

§ 8 a Beitragsberechnung

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

(1.1) Als Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

(1.2) Kinder können zum Kinderbeitrag bis zu dem Monat versichert werden, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden. Der Kinderbeitrag entfällt mit Beginn des darauf folgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Erwachsene geltenden Beiträge zu zahlen. Das außerordentliche Kündigungsrecht ist in § 13 (4) geregelt.

(1.3) Beitragszuschläge für erhöhte Risiken und für Aufenthalte außerhalb Europas können vereinbart werden.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltergruppe) 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 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.

§ 8 b Beitragsanpassung

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

(1.1) Für Tarife bei denen die Beiträge geschlechtsabhängig erhoben werden gilt:

Der tariflich festzulegende Vomhundertsatz gemäß § 8 b (1) beträgt für die Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen zehn Prozent. In den Tarifen VE, EZ, EZ-E und der Tarifstufe A 1360 ist eine Beitragsanpassung gemäß § 8 b möglich, wenn die dort genannte Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als

fünf Prozent ergibt. Der gesetzlich festgelegte Vomhundertsatz gemäß § 8 b (1) beträgt für die Gegenüberstellung der Sterbewahrscheinlichkeiten fünf Prozent.

Für Tarife bei denen die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden gilt:

Der tariflich festzulegende Vomhundertsatz gemäß § 8 b (1) beträgt für die Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen fünf Prozent. Der gesetzlich festgelegte Vomhundertsatz gemäß § 8 b (1) beträgt für die Gegenüberstellung der Sterbewahrscheinlichkeiten fünf Prozent.

(1.2) In Krankenhauskostentarifen wird jeweils geprüft, ob und inwieweit eine Anpassung des vorgesehenen Krankenhaustagegeldes erforderlich ist.

(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.

(1.1) Auf die Anmeldung einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet; § 4 (5) bleibt 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.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

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

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

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

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

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

(1.1) Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Jahren geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern nicht fristgerecht gekündigt wird.

(1.2) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns. Bestehen beim Versicherer bereits Krankenversicherungsverträge, so endet das erste Versicherungsjahr mit dem Schluss des Versicherungsjahres des zuerst abgeschlossenen Vertrags, das zur Zeit des Vertragsabschlusses läuft. Vertragsänderungen oder nachträgliche Mitversicherung von Personen haben keinen Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.

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

(3.1) Zur Beitragszahlung bei Kündigungen gemäß § 13 (3) siehe § 8 (8.1).

(3.2) Anstelle der Kündigung gemäß § 13 (3) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass das Versicherungsverhältnis zu entsprechend herabgesetzten Beiträgen vorübergehend im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgeführt wird. Dieses Anrecht auf eine solche Fortführung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht beim Versicherer in Textform geltend zu machen. Die Fortführung erfolgt dann rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht. Bei späterer Geltendmachung erfolgt die Fortführung ab dem Ersten des Monats, der auf die Vorlage des Nachweises beim Versicherer folgt.

(3.3) Unabhängig von dem Recht auf Fortführung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung nach § 13 (3.2) kann der Versicherungsnehmer bei Eintritt der Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung die Vereinbarung von Zusatztarifen zur Gesetzlichen Krankenversicherung, in denen die versicherte Person versicherungsfähig ist, ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten verlangen. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrages verpflichtet, soweit der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zusammen nicht höher und umfassender ist, als der Versicherungsschutz vor Eintritt der Versicherungspflicht. Dieses Anrecht auf eine solche Vereinbarung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht beim Versicherer in Textform geltend zu machen. Die Vereinbarung erfolgt dann rückwirkend zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht.

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

(4.1) Abweichend von § 13 (4) kann der Versicherungsnehmer bei Entfall des Kinderbeitrages gemäß § 8 a (1.2) das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person auch dann kündigen, wenn sich der Beitrag nicht 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 zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

(7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. 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 – s. 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 (s. Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

(8.1) § 13 (8) Satz 2 findet insoweit keine Anwendung, wenn die versicherte Person einer vor dem 01.01.2009 abgeschlossenen Krankheitskostenvollversicherung nach dem 31.12.2008 in Tarife gewechselt ist, für die ein Übertragswert aufgebaut wird.

(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.

(10.1) Abweichend von § 13 (10) ist die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung der Versicherung mitzuteilen.

(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.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (s. 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 Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

(2.1) Der Versicherer verzichtet auch auf das ordentliche Kündigungsrecht für eine Krankheitskosten-Teilversicherung.

(2.2) Abweichend von § 14 (2) kann der Versicherer frühestens zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer (§ 13 Abs. 1.1) mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

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

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

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

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

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

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 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.

(3.1) Das Anrecht auf eine Fortführung als Anwartschaftsversicherung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten ab dem Zeitpunkt der Verlegung beim Versicherer in Textform geltend zu machen. Die Fortführung erfolgt dann rückwirkend zum Zeitpunkt der Verlegung. Bei späterer Geltendmachung erfolgt die Fortführung ab Beginn des der Geltendmachung folgenden Monats.

(4) Liegt ein Scheidungsurteil oder ein Aufhebungsurteil vor, dann haben die Ehegatten oder Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner getrennt leben.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

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

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

§ 20 Wechsel in den Basistarif

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

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

KVB-045 05.23

Tarif uni-A

für ambulante Heilbehandlung

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

Der Abschluss des Tarifes uni-A für ambulante Heilbehandlung setzt voraus, dass für die versicherte Person beim Versicherer eine Versicherung nach einem Tarif mit Kostenerstattung für stationäre Heilbehandlung, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird.

1 Leistungen des Versicherers

Die Höhe der Leistungen richtet sich nach der gewählten Tarifstufe.

1.1 Erstattet werden Aufwendungen für

- Untersuchung, Behandlung und Geburtshilfe (auch Hausgeburt) durch Ärzte,
- Pränataldiagnostik bei Vorliegen von Risikofaktoren in der Schwangerschaft,
- ambulante Operationen,
- Labor- und Röntgendiagnostik durch Ärzte,
- Blutdialyse (künstliche Niere),
- Psychoanalyse und Psychotherapie durch Ärzte oder approbierte psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
- Wegegeld des Arztes für den Weg, den der nächsterreichbare Arzt zurücklegen müsste,
- Fahrten und Transporte in Notfällen und bei ärztlich attestierter Gehunfähigkeit zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Arzt bzw. Heilpraktiker oder zur ambulanten Behandlung in das nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus,
- Strahlenbehandlung (Röntgen, Radium, Isotopen),
- Arzneien und Verbandmittel,
- Behandlung und Untersuchung durch Heilpraktiker,
- Geburtshilfe (auch Hausgeburt) durch Hebammen bzw. Entbindungspfleger einschließlich einer entsprechend den Bestimmungen in der gesetzlichen Krankenversicherung in Rechnung gestellten Betriebskostenpauschale bei Entbindung in einem Geburtshaus,
- Vorsorgemaßnahmen bis zu 500 EUR jeweils innerhalb von zwei Kalenderjahren, soweit sie den Leistungsumfang im Sinne von § 1 (2) b) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, übersteigen (hierzu gehören z. B. Schutzimpfungen gegen Hepatitis, Tollwut bei Tierhaltern und Jägern, Cholera, Typhus, Gelbfieber, Malaria und andere Tropenkrankheiten, Kurse und Gymnastik zur Geburtsvorbereitung und Rückbildung, Vorsorgekuren),
- Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge,
- Schutzimpfungen (einschließlich Impfstoff) nach dem jeweils aktuellen Impfkalender (Standardimpfungen) der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut (STIKO) für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene,
- Operationen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (Maßnahmen der refraktiven Chirurgie) einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen (hierzu gehören z. B. LASIK-Operationen, Femto-LASIK-Behandlungen, LASEK/PRK-Operationen, Clear-Lens-Exchange).

- kleinere Hilfsmittel.
  Das sind:
  - Brillen,
  - Blutzuckermessgerät,
  - Bruchbänder,
  - Bandagen,
  - Einlagen,
  - Leibbinden,
  - Kompressionsstrümpfe und
  - Verbrauchsartikel im Rahmen einer Stomaversorgung.

- weitere Hilfsmittel in einjährigen Abständen.

  Hierzu gehören z.B.:
  - orthopädische Schuhe,
  - Hörhilfen (elektronische Hörgeräte),
  - Heimdialysegeräte bei Nierenversagen,
  - Körperersatzstücke,
  - Krankenfahrstühle, z.B. bei Querschnittslähmung,
  - elektronische Sprechhilfen nach Kehlkopfoperationen,
  - Blindenhund,
  - Haarersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
  - Kontaktlinsen,
  - Gehapparate (Rollator, Deltarad, Gehgestell),
  - Gehstützen,
  - Stützapparate einschließlich Liegeschalen,
  - Blutgerinnungsmessgerät bei erforderlicher Dauerantikoagulation und künstlichem Herzklappenersatz,
  - lebenserhaltende Hilfsmittel.

- Reparatur, Wartung und Unterweisung im Gebrauch von Hilfsmitteln,

- die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung, z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher, sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist,

- Heilmittel;

  zu den Heilmitteln gehören insbesondere:
  - Inhalationen,
  - Übungsbehandlungen (z.B. Krankengymnastik, medizinische Trainingstherapie),
  - Osteopathie bei orthopädischen Erkrankungen,
  - Massagen,
  - Hydrotherapie, Packungen und medizinische Bäder,
  - Kälte- und Wärmebehandlungen,
  - Elektro- und Lichttherapie,
  - Stimm-, Sprech- und Sprachübungen (Logopädie),
  - Ergotherapie,
  - Hippotherapie,
  - medizinische Fußpflege (Podologie),

  einschließlich ärztlich verordneter medizinisch notwendiger Hausbesuche und Fahrtkosten bei ärztlich verordneten medizinisch notwendigen Hausbesuchen.

- Erstattungsfähig sind der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport zu einer Dialysebehandlung, einer Chemo- oder Strahlenbehandlung, wenn der Versicherer vor Beginn des Transports eine schriftliche Zusage erteilt hat.

- Erstattungsfähig ist der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist.

- Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztlich verordnete, medizinisch notwendige häusliche Behandlungspflege (z. B. Verbandswechsel, Wundversorgung, Katheterwechsel, Injektionen) durch staatlich geprüfte Pflegefachkräfte, mit dem Ziel, die ärztliche Behandlung zu sichern (Sicherungspflege) oder eine Krankenhausbehandlung zu vermeiden bzw. zu verkürzen (Krankenhausvermeidungspflege). Versichert sind dabei alle Verrichtungen, die auch ein Arzt nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erbringen darf. Die Aufwendungen für einzelne Verrichtungen dürfen nicht höher sein als vergleichbare ärztliche Leistungen.

- Erstattungsfähig sind die Kosten für ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen.

- Erstattungsfähig sind die Kosten für sozialpädiatrische Behandlung im Sinne von § 119 SGB V sowie für Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der privaten oder der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen. Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

1.2 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- Nähr-, Stärkungs-, Anregungsmittel und ähnliche Mittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, Badezusätze, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Brunnenkuren und Mineralwässer sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden (keine Nähr- und Stärkungsmittel in diesem Sinne sind Mittel zur enteralen und parenteralen Ernährung (künstliche Ernährung) sowie Mittel die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden),

- die Beschaffung oder Miete von Heilapparaten aller Art, sanitäre Bedarfsartikel, Fieberthermometer, Heizkissen und dergleichen,

- Ausführungen von Hilfsmitteln, wenn diese keinen objektiven Nutzen zum Ausgleich einer Behinderung haben,

- Unterhaltungs- und Betriebskosten für Hilfsmittel,

- Pflegehilfsmittel, auf die ein Anspruch aus der Pflegepflichtversicherung besteht,

- Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen sowie Ersatzbatterien und Ladegeräte für elektrische und elektronische Geräte,

- sonstige Fahrten zum Arzt und zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus,

- Beseitigung von Schönheitsfehlern. Hierzu zählen nicht medizinische notwendige kosmetische Behandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen.

2 Tarifstufen / Höhe der Leistungen

2.1 Erstattungsprozentsätze und kalenderjährliche Selbstbeteiligung

Tarifstufen	Erstattung	Selbstbeteiligung je Kalenderjahr
Tarif uni-A 100	100 %	ohne Selbstbeteiligung
Tarif uni-A 155	100 %	155 EUR
Tarif uni-A 310	100 %	310 EUR
Tarif uni-A 620	100 %	620 EUR
Tarif uni-A 1360	100 %	1.360 EUR
Tarif uni-A 80	Die Aufwendungen für alle Behandlungen in einem Kalenderjahr werden bis zum Rechnungsbetrag von 2.500 EUR mit 80 %, darüber hinaus mit 100 % erstattet.	
Tarif uni-A 50	50 %	ohne Selbstbeteiligung
Tarif uni-A 45	45 %	ohne Selbstbeteiligung
Tarif uni-A 40	40 %	ohne Selbstbeteiligung
Tarif uni-A 35	35 %	ohne Selbstbeteiligung
Tarif uni-A 30	30 %	ohne Selbstbeteiligung
Tarif uni-A 25	25 %	ohne Selbstbeteiligung
Tarif uni-A 20	20 %	ohne Selbstbeteiligung
Tarif uni-A 20R	20 %	ohne Selbstbeteiligung
Tarif uni-A 15	15 %	ohne Selbstbeteiligung
Tarif uni-A 10	10 %	ohne Selbstbeteiligung

3 Sonderbedingungen

Die Sonderbedingungen gelten nur, wenn sie besonders vereinbart und im Versicherungsschein beurkundet sind.

a) Die Tarifbeiträge ermäßigen sich um 40 %, wenn auf Leistungen für ärztliche Honorare verzichtet wird.

b) Die Tarifbeiträge ermäßigen sich um 15 %, wenn auf Leistungen für Arznei- und Verbandmittel verzichtet wird.

Ändern sich Tarifbeiträge, so ändern sich die ermäßigten Beiträge entsprechend.

Die vereinbarten Beitragsnachlässe können mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse geändert werden. § 8b, Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, gilt entsprechend.

4 Versicherungsfähigkeit in der Tarifkombination uni-A 30 + uni-A 20R

4.1 Die Tarifstufe uni-A 20R kann für eine versicherte Person nur zusammen mit der Tarifstufe uni-A 30 bestehen.

4.2 Die Wahl der Tarifkombination uni-A 30 + uni-A 20R setzt voraus, dass der Beihilfebemessungssatz für die versicherte Person nach den maßgeblichen Beihilfevorschriften mit Eintritt des Versorgungsfalles von 50 % auf 70 % erhöht wird. Sollte vorher bereits bekannt sein, dass diese Voraussetzung nicht eintritt, ist stattdessen die Tarifstufe uni-A 50 zu wählen.

4.3 Solange der Beihilfebemessungssatz 50 % beträgt – längstens jedoch bis zum Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze der versicherten Person –, beträgt der prozentuale Erstattungssatz nach der Tarifkombination uni-A 30 + uni-A 20R 50 % der erstattungsfähigen Leistungen. Bei Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes auf 70 % reduziert sich der Erstattungssatz durch Umstellung in die Tarifstufe uni-A 30 auf 30 % unter Anrechnung der erworbenen Rechte.

4.4 Sollte die Umstellung auf die Tarifstufe uni-A 30 mit dem Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze nicht bedarfsgerecht sein, da weiterhin ein 50 %iger Versicherungsschutz benötigt wird, so ist ein Tarifwechsel in die Tarifstufe uni-A 50 unter Anrechnung der erworbenen Rechte vorzunehmen, wobei sich dann ein höherer Beitrag ergibt.

KVB-046 05.23

Ergänzungstarif uni-ZA

für Zahnbehandlung und Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung, für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie für vorbeugende zahnärztliche Maßnahmen

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Versicherungsfähigkeit

1.1 Der Abschluss des Ergänzungstarifes uni-ZA setzt voraus, dass beim Versicherer eine Versicherung nach einem Tarif mit Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird (Grundtarife).

1.2 Fällt ein Grundtarif fort, so endet zum selben Zeitpunkt auch der Ergänzungstarif uni-ZA.

Der Erstattungsprozentsatz im Ergänzungstarif uni-ZA darf nicht höher sein als im Grundtarif für ambulante Heilbehandlung. Bei Herabsetzung des Erstattungsprozentsatzes im Grundtarif für ambulante Heilbehandlung wird zum selben Zeitpunkt auch die Stufe des Tarifes uni-ZA entsprechend herabgesetzt.

2 Leistungen des Versicherers

2.1 Der Versicherer bietet Versicherungsschutz durch Ersatz der Kosten einschließlich der zugehörigen Material- und Laborkosten sowie die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorgesehenen Zusatz- und Begleitleistungen (z. B. OP-Mikroskop, Anwendung eines Lasers) für

2.1.1 Vorbeugende Maßnahmen

Kosten für vorbeugende zahnärztliche Maßnahmen sind die Gebühren zur Erstellung eines Mundhygienestatus, Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen (professionelle Zahnreinigung/Zahnprophylaxe).

2.1.2 Zahnbehandlung

Kosten für Zahnbehandlung sind die Gebühren für allgemeine, konservierende (außer bei der Versorgung mit Kronen) und chirurgische zahnärztliche Leistungen, sowie für Maßnahmen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums.

Hierzu gehören insbesondere auch:
- plastische Füllungen (z. B. lichthärtende Composites, dentin-adhäsive Füllungen),
- Inlays (Einlagefüllungen) aus Metall, Kunststoff oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren),
- Parodontosebehandlungen mittels PerioChip,
- mikroinvasive Kariesinfiltrationen (z. B. ICON).

2.1.3 Zahn- und Kieferregulierung

Kosten für Zahn- und Kieferregulierung sind die Gebühren für zahnärztliche Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen.

2.1.4 Zahnersatz

Kosten für Zahnersatz sind die zahnärztlichen Gebühren für prothetische Leistungen, Kronen und Implantate, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und die erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen.

Hierzu gehören insbesondere auch:
- Keramikverblendschalen (Veneers), z. B. bei Zahnhartsubstanzdefekten oder freiliegenden Zahnhälsen,
- Kunststoff- und Keramikverblendungen,
- Kronen aus Metall oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren),
- augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial sowie die Therapieformen einer Knochenspreizung, Knochenverlängerung und Sinuslift),
- DROS-Schienen.

2.1.5 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Kosten für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind die Gebühren für zahnärztliche Maßnahmen, um Störungen der Funktion der Kiefergelenke, der Kaumuskulatur und der Zähne zu diagnostizieren, zu beheben oder zu bessern.

2.2 Die Höhe der Leistungen richtet sich nach der gewählten Tarifstufe.

2.3 Der Leistungsanspruch berechnet sich zu Beginn des Ergänzungstarifs höchstens aus einem erstattungsfähigen Betrag

von 1.550 EUR für alle Behandlungen im ersten Versicherungsjahr,

von 3.100 EUR für alle Behandlungen in den ersten drei Versicherungsjahren,

von 7.700 EUR für alle Behandlungen in den ersten fünf Versicherungsjahren,

von 15.400 EUR für alle Behandlungen in den ersten sieben Versicherungsjahren.

Bei Tarifen mit unterschiedlichen Erstattungsprozentsätzen innerhalb einer Tarifstufe werden auf die Höchstsätze der jeweiligen Versicherungsjahre zuerst die erstattungsfähigen Beträge für Zahnbehandlung/vorbeugende Maßnahmen/Zahn- und Kieferregulierung und danach die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz/funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen angerechnet.

Für durch Unfälle notwendig werdende zahnärztliche Behandlung entfällt der Jahreshöchstsatz. Die Erstattung für solche Maßnahmen wird auf den Jahreshöchstsatz nicht angerechnet.

2.4 Leistungsvoraussetzungen

Für Zahnersatz (dazu gehören auch Kronen) wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplans des Zahnarztes dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind.

Diese Leistungsvoraussetzung gilt nicht bei Anfertigung einer Einzelkrone.

Die Kosten des Heil- und Kostenplans gehören zu den erstattungsfähigen Behandlungskosten.

3 Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit. Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

Tarifstufen	Erstattung
Tarif uni-ZA 100	100 % vorbeugende Maßnahmen, Zahnbehandlung und Zahn- und Kieferregulierung, 80 % Zahnersatz und funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
Tarif uni-ZA 80	80 %
Tarif uni-ZA 90	90 % vorbeugende Maßnahmen, Zahnbehandlung und Zahn- und Kieferregulierung 60 % Zahnersatz und funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
Tarif uni-ZA 50	50 %
Tarif uni-ZA 45	45 %
Tarif uni-ZA 40	40 %
Tarif uni-ZA 35	35 %
Tarif uni-ZA 30	30 %
Tarif uni-ZA 25	25 %
Tarif uni-ZA 20	20 %
Tarif uni-ZA 15	15 %
Tarif uni-ZA 10	10 %

KVB-047 05.23

Tarif uni-ST

für stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

Der Abschluss des Tarifes uni-ST für stationäre Heilbehandlung setzt voraus, dass für die versicherte Person beim Versicherer eine Versicherung nach einem Tarif mit Kostenerstattung für ambulante Heilbehandlung, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird.

1 Leistungen des Versicherers

Die Höhe der Leistungen richtet sich nach der gewählten Tarifstufe und dem gewählten %-Satz.

1.1 Kostenerstattung

Erstattungsfähig sind

a) die vom Krankenhaus berechneten Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz und gesondert berechenbare Belegarzthonorare,

b) die vom Krankenhaus berechneten Kosten für Wahlleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz,

c) Arzthonorare,

d) Krankentransportkosten zum und vom nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus in einem hierfür vorgesehenen Spezialfahrzeug (einschließlich Rettungshubschrauber).

Zu den erstattungsfähigen Kosten zu a) und b) gehören auch Aufwendungen für
- Isotopenbehandlungen,
- Herz-Lungenmaschine,
- Herzschrittmacher,
- stationäre Blutdialyse (künstliche Niere), Organverpflanzungen,
- künstliche Gelenke,
- Behandlungen in der Intensivstation,
- teilstationäre Behandlungen,
- vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115 a SGB V,
- die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten. Eine aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme liegt in der Regel dann vor, wenn der Patient zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Zu den erstattungsfähigen Kosten gemäß 1.1 gehören auch Aufwendungen für stationäre Psychotherapie.

Werden bei einer Entbindung für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Säuglings Kosten berechnet, so gelten diese Kosten als für die Mutter entstanden, wenn für das Kind keine eigene Versicherung bei einem privaten Krankenversicherer besteht. Sie werden zusammen mit den Entbindungskosten erstattet.

Falls von einem Krankenhaus nicht nach der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet wird, gelten die Leistungen der Tarifstufe uni-ST 1 für die „1. Klasse“, der Tarifstufe uni-ST 2 für die „2. Klasse“ und der Tarifstufe uni-ST 3 für die „3. Klasse“.

1.1.1 Kostenerstattung aus Tarifstufe uni-ST 1

Aus Tarifstufe uni-ST 1 sind alle Kosten gemäß 1.1 erstattungsfähig.

1.1.2 Kostenerstattung aus Tarifstufe uni-ST 2

Bei Unterbringung im Zweibett- oder Mehrbettzimmer sowie bei vor- und nachstationärer Behandlung sind alle Kosten gemäß 1.1 erstattungsfähig. Bei Unterbringung im Einbettzimmer werden für die Kostenerstattung gemäß 1.1 b die Kosten zugrundegelegt, die bei Aufenthalt im Zweibettzimmer entstanden wären. Die Kosten gemäß 1.1 a, 1.1 c und 1.1 d bleiben auch bei Aufenthalt im Einbettzimmer voll erstattungsfähig.

1.1.3 Kostenerstattung aus Tarifstufe uni-ST 3

Bei der Nichtinanspruchnahme von Wahlleistungen für gesondert berechenbare Unterkunft gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz sowie bei vor- und nachstationärer Behandlung sind alle Kosten gemäß 1.1 a und 1.1 d erstattungsfähig; nicht jedoch Kosten nach 1.1 b und 1.1 c.

Bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen für gesondert berechenbare Unterkunft gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz werden die Kosten nach 1.1 a, 1.1 b und 1.1 c bei Unterbringung im Einbettzimmer zur Hälfte und bei Unterbringung im Zweibettzimmer mit zwei Dritteln erstattet.

Die Kosten gemäß 1.1 d sind auch bei Inanspruchnahme von Wahlleistungen sowie bei vor- und nachstationärer Behandlung voll erstattungsfähig.

1.2 Krankenhaustagegeld neben oder anstelle von Kostenerstattung gem. 1.1

Zum Ausgleich ersparter Kosten besteht neben oder anstelle von Kostenerstattung gemäß 1.1 Anspruch auf die nachstehenden Krankenhaustagegelder für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung.

		aus Tarifstufe uni-ST 1/100	aus Tarifstufe uni-ST 2/100
		EUR	EUR
1.2.1	Bei vollstationärer Unterbringung im Einbettzimmer ohne gesonderte Berechnung der ärztlichen Leistungen (Verzicht auf privatärztliche Behandlung)	60,-	
1.2.2	Bei vollstationärer Unterbringung im Zweibettzimmer mit gesonderter Berechnung der ärztlichen Leistungen	30,-	
1.2.3	Bei vollstationärer Unterbringung im Zweibettzimmer ohne gesonderte Berechnung der ärztlichen Leistungen (Verzicht auf privatärztliche Behandlung)	90,-	60,-
1.2.4	Bei vollstationärer Unterbringung im Mehrbettzimmer mit gesonderter Berechnung der ärztlichen Leistungen	60,-	30,-
1.2.5	Bei vollstationärer Unterbringung im Mehrbettzimmer ohne gesonderte Berechnung der ärztlichen Leistungen (Verzicht auf privatärztliche Behandlung)	120,-	90,-

1.3 Krankenhaustagegeld anstelle von Kostenerstattung

Bei Verzicht auf jegliche Kostenerstattung gemäß 1.1 zahlt der Versicherer für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus ein Krankenhaustagegeld aus der

Tarifstufe uni-ST 1/100 = 245,- EUR
Tarifstufe uni-ST 2/100 = 215,- EUR
Tarifstufe uni-ST 3/100 = 125,- EUR

1.4 Krankenhaustagegelder bei vereinbarten niedrigeren Erstattungsprozentsätzen

Bei vereinbarten niedrigeren Erstattungsprozentsätzen werden die Krankenhaustagegeldleistungen gemäß 1.2 und 1.3 entsprechend dem Erstattungsprozentsatz gekürzt und auf volle EUR aufgerundet.

1.5 Lebendorgan- oder Stammzellenspende

Erstattungsfähig sind bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung Kosten für den Spender einer Lebendorgan- oder Stammzellenspende, wenn der Empfänger der Spende in diesem Tarif versichert ist.

Erstattungsfähig sind die Kosten (hierzu gehören auch Kosten für Komplikationen, die sich unmittelbar aus der Organspende ergeben) im vertraglichen Umfang für die erforderliche

- ambulante Behandlung
- stationäre Behandlung.

Erstattungsfähig sind auch die Fahrt-, Transport- und Reisekosten, die unmittelbar mit der medizinischen Behandlung in Zusammenhang stehen. Im Zuge einer Lebendorganspende werden darüber hinaus erstattet

- die auf Grund der Organspende erforderlichen ambulanten oder stationären Rehabilitationsbehandlungen des Organspenders,

- die Kosten für die Nachbetreuung, wenn sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat,

- der nachgewiesene tatsächliche Verdienstausfall und die von dem Organspender geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung. Hierzu zählen auch die Beiträge für eine substitutive private Krankenversicherung und für die private Pflegepflichtversicherung.

Tarifliche Selbstbehalte/Eigenleistungen wirken sich nicht zu Lasten des Organspenders aus.

2 Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit. Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

Tarifstufen	Einbettzimmer mit einer Erstattung von
Tarif uni-ST 1/100	100 %
Tarif uni-ST 1/50	50 %
Tarif uni-ST 1/45	45 %
Tarif uni-ST 1/40	40 %
Tarif uni-ST 1/35	35 %
Tarif uni-ST 1/30	30 %
Tarif uni-ST 1/25	25 %
Tarif uni-ST 1/20	20 %
Tarif uni-ST 1/20R	20 %
Tarif uni-ST 1/15	15 %
Tarif uni-ST 1/10	10 %

Tarifstufen	Zweibettzimmer mit einer Erstattung von
Tarif uni-ST 2/100	100 %
Tarif uni-ST 2/50	50 %
Tarif uni-ST 2/45	45 %
Tarif uni-ST 2/40	40 %
Tarif uni-ST 2/35	35 %
Tarif uni-ST 2/30	30 %
Tarif uni-ST 2/25	25 %
Tarif uni-ST 2/20	20 %
Tarif uni-ST 2/20R	20 %
Tarif uni-ST 2/15	15 %
Tarif uni-ST 2/10	10 %

Tarifstufen	Mehrbettzimmer mit einer Erstattung von
Tarif uni-ST 3/100	100 %
Tarif uni-ST 3/50	50 %
Tarif uni-ST 3/45	45 %
Tarif uni-ST 3/40	40 %
Tarif uni-ST 3/35	35 %
Tarif uni-ST 3/30	30 %
Tarif uni-ST 3/25	25 %
Tarif uni-ST 3/20	20 %
Tarif uni-ST 3/20R	20 %
Tarif uni-ST 3/15	15 %
Tarif uni-ST 3/10	10 %

3 Versicherungsfähigkeit in den Tarifkombinationen uni-ST 1/30 + uni-ST 1/20R, uni-ST 2/30 + uni-ST 2/20R sowie uni-ST 3/30 + uni-ST 3/20R

3.1 Die Tarifstufe uni-ST 1/20R kann für eine versicherte Person nur zusammen mit der Tarifstufe uni-ST 1/30 bestehen.

3.2 Die Wahl der Tarifkombination uni-ST 1/30 + uni-ST 1/20R setzt voraus, dass der Beihilfebemessungssatz für die versicherte Person nach den maßgeblichen Beihilfevorschriften mit Eintritt des Versorgungsfalles von 50 % auf 70 % erhöht wird. Sollte vorher bereits bekannt sein, dass diese Voraussetzung nicht eintritt, ist stattdessen die Tarifstufe uni-ST 1/50 zu wählen.

3.3 Solange der Beihilfebemessungssatz 50 % beträgt – längstens jedoch bis zum Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze der versicherten Person –, beträgt der prozentuale Erstattungssatz nach der Tarifkombination uni-ST 1/30 + uni-ST 1/20R 50 % der erstattungsfähigen Leistungen. Bei Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes auf 70 % reduziert sich der Erstattungssatz durch Umstellung in die Tarifstufe uni-ST 1/30 auf 30 % unter Anrechnung der erworbenen Rechte.

3.4 Sollte die Umstellung auf die Tarifstufe uni-ST 1/30 mit dem Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze nicht bedarfsgerecht sein, da weiterhin ein 50 %iger Versicherungsschutz benötigt wird, so ist ein Tarifwechsel in die Tarifstufe uni-ST 1/50 unter Anrechnung der erworbenen Rechte vorzunehmen, wobei sich dann ein höherer Beitrag ergibt.

3.5 Die Ziffern 3.1 bis 3.4 gelten für die Tarifkombinationen uni-ST 2/30 + uni-ST 2/20R sowie uni-ST 3/30 + uni-ST 3/20R sinngemäß.

KVB-048 05.23

Beihilfeergänzungstarif uni-BZ

für Zahnersatz, Hilfsmittel im Rahmen ambulanter Heilbehandlung sowie für Auslandsreisen

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

1.1 Aufnahmefähigkeit

1.1.1 Der Abschluss des Beihilfeergänzungstarifes uni-BZ setzt voraus, dass für die zu versichernde Person

a) die Versicherungsfähigkeit nach Abschnitt 1.2 gegeben ist und

b) beim Versicherer eine beihilfekonforme Versicherung nach einem Tarif mit Kostenerstattung für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird (Grundtarife).

Der Erstattungsprozentsatz des Beihilfeergänzungstarifes uni-BZ gemäß Abschnitt 2.1.1 ist so zu wählen, dass er zusammen mit dem Erstattungsprozentsatz des zahnärztlichen Grundtarifes 100 % nicht überschreitet.

1.1.2 Der Versicherer kann in begründeten Einzelfällen – auch befristet – Ausnahmen von der Aufnahmefähigkeit zulassen.

1.2 Versicherungsfähigkeit

1.2.1 Versicherungsfähig nach dem Beihilfeergänzungstarif uni-BZ sind Beihilfeberechtigte und deren für Beihilfen bei Krankheit berücksichtigungsfähige Angehörige, sofern diese, im vorstehenden Halbsatz genannten Personen, Anspruch auf Beihilfe zu Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen nach den Beihilfevorschriften des Bundes haben bzw. einen gleichartigen Anspruch besitzen.

1.2.2 Der Versicherer kann in begründeten Einzelfällen – auch befristet – Ausnahmen von der Versicherungsfähigkeit zulassen.

1.2.3 Nicht versicherungsfähig sind Personen, wenn

a) für sie als Arbeitnehmer bzw. Angehöriger ein Beitragszuschuss des Arbeitgebers nach § 257 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gezahlt wird;

b) sie in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind;

c) für sie die Ansprüche auf Beihilfe bei Krankheit entfallen, insbesondere wegen Überschreitens einer in den Beihilfevorschriften enthaltenen Einkommensgrenze;

d) für deren zahnärztlichen Grundtarif ein Erstattungsprozentsatz von 80 % oder höher vereinbart wird.

1.3 Wegfall der Versicherungsfähigkeit

1.3.1 Der Beihilfeergänzungstarif uni-BZ endet mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach Abschnitt 1.2, sofern weder eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen noch ein Ruhen der Versicherung vereinbart wird.

1.3.2 Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach Abschnitt 1.2 ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt des Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Beihilfeergänzungstarifes uni-BZ empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren. Die Regelung nach Satz 2 gilt sinngemäß, wenn anstelle der Beendigung eine Anwartschaftsversicherung bzw. ein Ruhen vereinbart wird.

1.4 Wegfall bzw. Änderung eines Grundtarifes

1.4.1 Fällt ein Grundtarif (vgl. Abschnitt 1.1.1) weg, so endet zum selben Zeitpunkt auch der Beihilfeergänzungstarif uni-BZ.

1.4.2 Bei Veränderungen des Erstattungsprozentsatzes im zahnärztlichen Grundtarif ist zum selben Zeitpunkt auch der Erstattungsprozentsatz im Beihilfeergänzungstarif uni-BZ (vgl. Abschnitt 2.1.1) so anzupassen, dass die Summe des Erstattungsprozentsatzes aus dem Beihilfeergänzungstarif uni-BZ und dem zahnärztlichen Grundtarif wieder 100 % nicht überschreitet.

2 Leistungen des Versicherers

2.1 Erstattungsprozentsätze

2.1.1 Der Versicherer ersetzt die nach diesem Tarif erstattungsfähigen, aber nicht beihilfefähigen Aufwendungen der Abschnitte 2.3 und 2.4 zu dem Erstattungsprozentsatz, der sich aus folgender Tabelle ergibt:

Tarifstufe	Erstattungsprozentsatz
uni-BZ 50	50 %
uni-BZ 45	55 %
uni-BZ 40	60 %
uni-BZ 35	65 %
uni-BZ 30	70 %
uni-BZ 25	75 %
uni-BZ 20	80 %
uni-BZ 15	85 %
uni-BZ 10	90 %

Die beihilfefähigen Aufwendungen bestimmen sich dem Grund und der Höhe nach durch die für den Versicherten geltenden Beihilfevorschriften des öffentlichen Dienstes in der jeweils gültigen Fassung.

Bei der Ermittlung der erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Abschnitt 2.3 wird eine Beihilfefähigkeit der zahntechnischen Leistungen von 60% zu Grunde gelegt.

2.1.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen des Abschnittes 2.5 werden – abzüglich der Ansprüche aus öffentlich-rechtlichen Beihilfevorschriften – zu 100 % erstattet.

2.2 Übersteigen die Leistungen der Abschnitte 2.3 bis 2.5 zusammen mit den Ansprüchen aus öffentlich-rechtlichen Beihilfevorschriften und den Leistungen aus dem Grundtarif die dem Grunde nach erstattungsfähigen Aufwendungen, so wird die Leistung aus dem Beihilfeergänzungstarif uni-BZ um den übersteigenden Betrag gemindert.

2.3 Versicherungsleistungen bei Zahnersatz

2.3.1 Erstattungsfähig sind, mit Ausnahme der in Abschnitt 2.3.4 genannten Versorgungsarten, die besonders berechneten zahntechnischen Material- und Laborkosten, die bei Zahnersatz notwendig werden. Zu Zahnersatz gehören prothetische Leistungen, Kronen, Implantate, Aufbissbehelfe und Schienen.

2.3.2 Die Leistung beträgt je versicherte Person und Versicherungsjahr höchstens

4.680 EUR in der Tarifstufe uni-BZ 10,
4.420 EUR in der Tarifstufe uni-BZ 15,
4.160 EUR in der Tarifstufe uni-BZ 20,
3.900 EUR in der Tarifstufe uni-BZ 25,
3.640 EUR in der Tarifstufe uni-BZ 30,
3.380 EUR in der Tarifstufe uni-BZ 35,
3.120 EUR in der Tarifstufe uni-BZ 40,
2.860 EUR in der Tarifstufe uni-BZ 45,
2.600 EUR in der Tarifstufe uni-BZ 50.

In den ersten drei Versicherungsjahren werden jedoch je versicherte Person höchstens erstattet:

Tarifstufe	im ersten Versicherungsjahr	in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen	in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen
uni-BZ 50	550,-	1.100,-	1.650,-
uni-BZ 45	605,-	1.210,-	1.815,-
uni-BZ 40	660,-	1.320,-	1.980,-
uni-BZ 35	715,-	1.430,-	2.145,-
uni-BZ 30	770,-	1.540,-	2.310,-
uni-BZ 25	825,-	1.650,-	2.475,-
uni-BZ 20	880,-	1.760,-	2.640,-
uni-BZ 15	935,-	1.870,-	2.805,-
uni-BZ 10	990,-	1.980,-	2.970,-

Die Material- und Laborkosten werden für die Berücksichtigung der Jahreshöchstsätze dem Versicherungsjahr zugeordnet, in dem die angefertigten Materialien vom Zahnarzt eingegliedert werden.

2.3.3 Für durch Unfall notwendig werdende zahntechnische Material- und Laborkosten bei Zahnersatz entfallen die in Abschnitt 2.3.2 genannten Jahreshöchstsätze. Die Erstattung für solche Maßnahmen wird auf diese Jahreshöchstsätze nicht angerechnet.

2.3.4 Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für solche Versorgungsarten, für die die Beihilfevorschriften des öffentlichen Dienstes generell keine Beihilfeleistungen vorsehen.

2.3.5 Leistungsvoraussetzungen

Für Zahnersatz wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplanes des Zahnarztes dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehene Behandlung der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig ist.

Wird vor Beginn der Behandlung keine Zusage eingeholt, bleibt die Hälfte der tariflichen Leistungen erhalten.

Diese Leistungsvoraussetzungen gelten nicht bei Anfertigung einer Einzelkrone.

2.4 Versicherungsleistungen bei Hilfsmitteln

2.4.1 Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung die Aufwendungen für

- die Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge,

- die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung, z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher, sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist und

- die Beschaffung und die Instandsetzung folgender Hilfsmittel:

  a) Kleinere Hilfsmittel.
  Das sind:
  • Brillengläser und Brillengestelle,
  • Blutzuckermessgerät,
  • Bruchbänder,
  • Bandagen,
  • Einlagen,
  • Leibbinden,
  • Kompressionsstrümpfe und
  ▪ Verbrauchsartikel im Rahmen einer Stomaversorgung.

  b) Größere Hilfsmittel in einjährigen Abständen.
  Hierzu gehören z.B.:
  • orthopädische Schuhe,
  • Hörhilfe (elektronisches Hörgerät),
  • Heimdialysegerät bei Nierenversagen,
  • Körperersatzstücke,
  • Krankenfahrstuhl,
  • elektronische Sprechhilfe nach Kehlkopfoperation,
  • Blindenhund,
  • Haarersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
  • Kontaktlinsen,
  • Gehapparat (Rollator, Deltarad, Gehgestell),
  • Gehstützen,
  • Stützapparate einschließlich Liegeschalen,
  ▪ Blutgerinnungsmessgerät bei erforderlicher Dauerantikoagulation und künstlichem Herzklappenersatz,
  ▪ lebenserhaltende Hilfsmittel.

2.4.2 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- die Beschaffung oder Miete von Heilapparaten aller Art, sanitäre Bedarfsartikel, Fieberthermometer, Heizkissen,

- Ausführungen von Hilfsmitteln, wenn diese keinen objektiven Nutzen zum Ausgleich einer Behinderung haben,

- Unterhaltungs- und Betriebskosten für Hilfsmittel,

- Pflegehilfsmittel, auf die ein Anspruch aus der Pflegepflichtversicherung besteht,

- Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen sowie Ersatzbatterien und Ladegeräte für elektrische und elektronische Geräte.

2.5 Versicherungsleistungen bei Auslandsreisen

2.5.1 Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten bis zu zwei Monaten ab Beginn einer Reise für akut eingetretene Krankheiten und Unfälle.

Für chronische Erkrankungen und für bei Beginn des Auslandsaufenthaltes behandlungsbedürftige oder in Behandlung stehende Krankheiten besteht Versicherungsschutz insoweit, als im Ausland akut und unvorhersehbar eine erhebliche Verschlimmerung eintritt.

2.5.2 Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen, bei denen jeder einzelne Auslandsaufenthalt eine ununterbrochene Verweildauer von zwei Monaten nicht übersteigt. Der Versicherer ist berechtigt, über den Beginn und das Ende einer Auslandsreise einen Nachweis zu verlangen. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – wenn sich der Versicherte länger als zwei Monate im Ausland aufhält mit dem Ende des zweiten Aufenthaltsmonats. Endet der Versicherungsschutz während einer Heilbehandlung im Ausland für einen leistungspflichtigen Versicherungsfall, so besteht für weitere drei Monate Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

2.5.3 Der Versicherungsschutz gilt weltweit, denn als Ausland gelten alle Staaten mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland.

2.5.4 Als Versicherungsfall gilt auch die Überführung bzw. Bestattung eines verstorbenen Versicherten.

2.5.5 Bei Auslandsreisen entfällt abweichend von § 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil I die allgemeine Wartezeit und die besondere Wartezeit für Zahnbehandlung.

2.5.6 Der Versicherer erstattet die im Ausland entstandenen Aufwendungen für

a) Behandlungen durch Ärzte und Fachärzte einschließlich Operationen, Assistenz und Narkose;

b) Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;

c) Arznei- und Verbandmittel, die ärztlich oder zahnärztlich verordnet sind;

d) elektrische und physikalische Heilbehandlung;

e) Unterbringung und Verpflegung, ärztliche Behandlung, Visiten und Sonderleistungen in öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen;

f) die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus bei notwendiger stationärer Behandlung eines mitversicherten minderjährigen Kindes;

g) Wegegeld des Arztes für den Weg, den der nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Arzt zurücklegen müsste;

h) Transporte zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus bzw. Arzt und zurück;

i) chirurgische und konservierende Zahnbehandlung einschließlich Vor- und Nachbehandlung;

j) akut notwendig werdende Instandsetzung von Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit sowie Provisorien. Zu Zahnersatz gehören einschließlich erforderlicher Material- und Laborkosten prothetische Leistungen, Kronen, Implantate, Aufbißbehelfe und Schienen;

k) ärztlich verordnete Hilfsmittel (mit Ausnahme von Sehhilfen und Hörgeräten), soweit diese auf der versicherten Reise erstmals er-forderlich werden;

l) Instandsetzung von Hilfsmitteln.

2.5.7 Unter Anrechnung der Aufwendungen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, werden erstattet:

a) Kosten für einen medizinisch sinnvollen und wirtschaftlich vertretbaren Rücktransport, einschließlich der Aufwendungen für eine mitversicherte Begleitperson, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu erwarten ist. Die Berechtigung des Anspruches auf Transportkosten muss durch Vorlage eines ärztlichen Attestes mit Angabe der Krankheitsbezeichnung nachgewiesen werden;

b) Kosten der Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland;

c) Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.

Der Versicherer ist berechtigt, einen Nachweis über die Höhe der Kosten zu verlangen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen gemäß Abschnitt 2.5.7 geltend gemacht werden.

Die Kostenerstattung gemäß Abschnitt 2.5.7 b) und c) ist auf 10.300 EUR begrenzt.

2.5.8 Neben der Krankenhauskostenerstattung gemäß Abschnitt 2.5.6 e) wird ein Krankenhaustagegeld von 25 EUR gezahlt, wenn ein anderer Kostenträger als die Beihilfe mit mindestens 25 EUR täglich vorleistet. Bei Verzicht auf Krankenhauskostenerstattung gemäß Abschnitt 2.5.6 e), oder wenn es für den Versicherungsnehmer günstiger ist, wird ein Krankenhaustagegeld von 50 EUR gezahlt.

3 Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit. Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

KVB-120 03.22

Beihilfeergänzungstarif uni-BZ plus
für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung sowie für Auslandsreisen

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

I Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit, Beendigung, Fortführung der Versicherung

1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

1.1. Der Abschluss des Beihilfeergänzungstarifs uni-BZ plus setzt voraus, dass bei dem Versicherer für die zu versichernde Person eine beihilfekonforme Versicherung nach einem Tarif mit Kostenerstattung für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird (Grundtarife).

1.2. Versicherungsfähig sind Beihilfeberechtigte und deren für Beihilfen bei Krankheit berücksichtigungsfähigen Angehörige.

2. Ende der Versicherungsfähigkeit

Der Tarif uni-BZ plus endet für die versicherte Person mit Wegfall der Voraussetzungen nach Abschnitt I.1 für die Versicherungsfähigkeit., sofern weder eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen noch ein Ruhen der Versicherung vereinbart wird.

II. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erstattet unter Anrechnung von Ansprüchen nach öffentlich-rechtlichen Beihilfevorschriften und von Leistungen des Versicherers aus dem Grundtarif (s. Abschnitt I.1.1.) verbleibende Aufwendungen. Die gewährte Beihilfeleistung ist anhand des Beihilfebescheides nachzuweisen. Soweit Beihilfevorschriften Selbstbeteiligungen (z.B. als Eigenbehalte, Selbstbehalte, Abzugsbeträge, Kostendämpfungspauschale bezeichnet) vorsehen, gehören diese nicht zu den verbleibenden Aufwendungen.

1. Versicherungsleistungen bei Zahnbehandlung und Zahnersatz

1.1. Erstattungsfähig sind die besonders berechneten zahntechnischen Material- und Laborkosten sowie Praxiskosten, die bei Zahnbehandlung (Inlays) bzw. Zahnersatz (z.B. Implantate einschließlich Implantatteile, knochenaufbauende Maßnahmen und Knochenersatzmaterial) notwendig werden.

1.2. Der Leistungsanspruch für alle erstattungsfähigen Aufwendungen beträgt je versicherte Person und Versicherungsjahr höchstens

1.000 EUR im ersten Versicherungsjahr und
3.000 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren.

Ab dem vierten Versicherungsjahr beträgt der Höchstbetrag 6.500 EUR je versicherte Person und Versicherungsjahr.

1.3. Material- und Laborkosten sowie Praxiskosten werden für die Berücksichtigung der Höchstbeträge dem Versicherungsjahr zugeordnet, in dem die angefertigten Materialien vom Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden eingegliedert werden.

1.4. Die Höchstbeträge gem. Abschnitt II.1.2. gelten nicht für einen nachweislich durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.

1.5. Für Zahnersatz nach Abschnitt II.1.1 wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplanes des Zahnarztes dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehene Behandlung der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig ist.

Diese Leistungsvoraussetzungen gelten nicht bei Anfertigung einer Einzelkrone.

2. Versicherungsleistungen bei Hilfsmitteln

2.1. Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung die Aufwendungen für

- die Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge,
- die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung, z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher, sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist und
- die Beschaffung und die Instandsetzung folgender Hilfsmittel:

a) Kleinere Hilfsmittel.
Das sind:
• Brillengläser und Brillengestelle,
• Blutzuckermessgerät,
• Bruchbänder,
• Bandagen,
• Einlagen,
• Leibbinden,
• Kompressionsstrümpfe und
• Verbrauchsartikel im Rahmen einer Stomaversorgung.

b) Größere Hilfsmittel in einjährigen Abständen.
Hierzu gehören z.B.:
• orthopädische Schuhe,
• Hörhilfe (elektronisches Hörgerät),
• Heimdialysegerät bei Nierenversagen,
• Körperersatzstücke,
• Krankenfahrstuhl,
• elektronische Sprechhilfe nach Kehlkopfoperation,
• Blindenhund,
• Haarersatz (Toupet bzw. Perücke) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungsoder Operationsnarben,
• Kontaktlinsen,
• Gehapparat (Rollator, Deltarad, Gehgestell),
• Gehstützen,
• Stützapparate einschließlich Liegeschalen,
• Blutgerinnungsmessgerät bei erforderlicher Dauerantikoagulation und künstlichem Herzklappenersatz,
• lebenserhaltende Hilfsmittel.

Anstelle der Anschaffungskosten sind auch die Kosten für die Miete bzw. Instandsetzung erstattungsfähig, soweit sie nicht höher als die Anschaffungskosten sind und sich durch die Miete bzw. Instandsetzung eine Anschaffung erübrigt. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für die Unterweisung im Gebrauch und für die Wartung von Hilfsmitteln.

2.2. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- die Beschaffung oder Miete von Heilapparaten aller Art, sanitäre Bedarfsartikel, Fieberthermometer, Heizkissen,
- Ausführungen von Hilfsmitteln, wenn diese keinen objektiven Nutzen zum Ausgleich einer Behinderung haben,
- Unterhaltungs- und Betriebskosten für Hilfsmittel,
- Pflegehilfsmittel, auf die ein Anspruch aus der Pflegepflichtversicherung besteht,
- Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen sowie Ersatzbatterien und Ladegeräte für elektrische und elektronische Geräte.

3. Versicherungsleistungen bei Heilpraktikerbehandlung und Naturheilverfahren

Aufwendungen für ambulante Untersuchungen und Behandlungen durch Ärzte und Heilpraktiker nach Methoden der Naturheilkunde und

nach außerschulmedizinischen Methoden werden nach der jeweils aktuellen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. dem jeweils aktuellen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) und nach dem jeweils aktuellen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtlinien (Hufeland-Verzeichnis) erstattet. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für psychotherapeutische Diagnostik und psychotherapeutische Behandlungen.

4. Versicherungsleistungen für Arzneimittel

Erstattet werden die Aufwendungen für vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker verordnete nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Nähr-, Stärkungs-, Anregungsmittel und ähnliche Mittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, Badezusätze, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Brunnenkuren und Mineralwässer sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden (keine Nähr- und Stärkungsmittel in diesem Sinne sind Mittel zur enteralen und parenteralen Ernährung (künstliche Ernährung) sowie Mittel die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden).

5. Schutzimpfungen aus Anlass einer Auslandsreise

Erstattet werden die Aufwendungen für Schutzimpfungen aus Anlass einer Auslandsreise nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes, sofern sie nicht bereits nach dem Grundtarif erstattet werden.

6. Vorsorgepauschale

Erstattet werden Vorsorgemaßnahmen bis zu 250 EUR jeweils innerhalb von zwei Kalenderjahren, soweit sie den Leistungsumfang im Sinne von § 1 Abs. 2 b) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, übersteigen (hierzu gehören z. B. Schutzimpfungen gegen Hepatitis, Tollwut bei Tierhaltern und Jägern, Präventionskurse, Kurse und Gymnastik zur Geburtsvorbereitung und Rückbildung, Vorsorgekuren).

7. Versicherungsleistungen bei stationärer Heilbehandlung

7.1. Gesondert berechenbare Wahlleistung Unterkunft

Erstattet wird die Differenz zwischen der Wahlleistung Unterkunft im Einbettzimmer zur Wahlleistung Unterkunft im Zweibettzimmer bei stationärer Krankenhausbehandlung und stationärer Entbindung.

7.2. Ersatzkrankenhaustagegeld

Wenn die versicherte Person für die gesamte Dauer der stationären Behandlung auf gesondert berechenbare Wahlleistung Unterkunft im Einbettzimmer verzichtet, erhält der Versicherungsnehmer ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von 30 EUR. Bei teilstationärer Behandlung besteht kein Anspruch auf Krankenhaustagegeld.

7.3. Privatkliniken

Erstattet werden bei stationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus, das nicht der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegt (Privatklinik), die Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen einschließlich ärztlicher und sonstiger therapeutischer Leistungen sowie medizinisch begründeter, nachgewiesener Nebenkosten, wenn auch aus dem Grundtarif eine Erstattung erfolgt ist.

8. Mehrkosten über GOÄ/GOZ-Höchstsätze hinaus

Es werden Aufwendungen über GOÄ/GOZ Höchstsätze hinaus erstattet, sofern sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet sind und den Anforderungen der jeweiligen Gebührenordnung entsprechen, wenn auch aus dem Grundtarif eine Erstattung erfolgt ist.

9. Versicherungsleistungen bei Auslandsreisen

9.1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten bis zu zwei Monaten ab Beginn einer Reise für akut eingetretene Krankheiten und Unfälle.

Für chronische Erkrankungen und für bei Beginn des Auslandsaufenthaltes behandlungsbedürftige oder in Behandlung stehende Krankheiten besteht Versicherungsschutz insoweit, als im Ausland akut und unvorhersehbar eine erhebliche Verschlimmerung eintritt.

9.2. Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen, bei denen jeder einzelne Auslandsaufenthalt eine ununterbrochene Verweildauer von zwei Monaten nicht übersteigt. Der Versicherer ist berechtigt, über den Beginn und das Ende einer Auslandsreise einen Nachweis zu verlangen. Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle -, wenn sich der Versicherte länger als zwei Monate im Ausland aufhält mit dem Ende des zweiten Aufenthaltsmonats. Endet der Versicherungsschutz während einer Heilbehandlung im Ausland für einen leistungspflichtigen Versicherungsfall, so besteht für weitere drei Monate Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

9.3. Der Versicherungsschutz gilt weltweit; als Ausland gelten alle Staaten mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland.

9.4. Als Versicherungsfall gilt auch die Überführung bzw. Bestattung eines verstorbenen Versicherten.

9.5. Der Versicherer erstattet die im Ausland entstandenen Aufwendungen für

a) Behandlungen durch Ärzte und Fachärzte einschließlich Operationen, Assistenz und Narkose;

b) Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;

c) Arznei- und Verbandmittel, die ärztlich oder zahnärztlich verordnet sind;

d) elektrische und physikalische Heilbehandlung;

e) Unterbringung und Verpflegung, ärztliche Behandlung, Visiten und Sonderleistungen in öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen;

f) die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus bei notwendiger stationärer Behandlung eines mitversicherten minderjährigen Kindes;

g) Wegegeld des Arztes für den Weg, den der nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Arzt zurücklegen müsste;

h) Transporte zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus bzw. Arzt und zurück;

i) chirurgische und konservierende Zahnbehandlung einschließlich Vor- und Nachbehandlung;

j) akut notwendig werdende Instandsetzung von Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit sowie Provisorien. Zu Zahnersatz gehören (einschließlich erforderlicher Material- und Laborkosten) prothetische Leistungen, Kronen, Implantate, Aufbißbehelfe und Schienen;

k) ärztlich verordnete Hilfsmittel (mit Ausnahme von Sehhilfen und Hörgeräten), soweit diese auf der versicherten Reise erstmals erforderlich werden;

l) Instandsetzung von Hilfsmitteln.

9.6. Unter Anrechnung der Aufwendungen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, werden erstattet:

a) Kosten für einen Krankenrücktransport einschließlich der Aufwendungen für eine Begleitperson.

Erstattungsfähig sind dabei die Kosten für einen medizinisch sinnvollen und wirtschaftlich vertretbaren Rücktransport an den unmittelbar vor Antritt der Reise bestehenden ständigen Wohnsitz der versicherten Person oder zu dem von dort aus nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus.

Die Kosten für die Begleitperson werden nur erstattet, wenn sich diese Person bei Eintritt der Umstände, die den Krankenrücktransport erforderlich machen, ebenfalls vorübergehend im Reiseland der versicherten Person aufhält und während ihrer Reise selbst bei der uniVersa reisekrankenversichert ist.

Ein Krankenrücktransport im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn er mit einem dafür geeigneten Spezialfahrzeug oder Spezialflugzeug (einschließlich Rettungshubschrauber) durchgeführt wird. Wird ein anderes Transportmittel gewählt, werden die Leistungen nur erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Rückreise schriftlich zugesagt hat;

b) Kosten der Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland;

c) Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.

Der Versicherer ist berechtigt, einen Nachweis über die Höhe der Kosten zu verlangen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen gemäß Abschnitt II.9.6. geltend gemacht werden.

Die Kostenerstattung gemäß Abschnitt II.9.6. b) und c) ist auf 10.300 EUR begrenzt.

9.7. Neben der Krankenhauskostenerstattung gemäß Abschnitt II.9.5. e) wird ein Krankenhaustagegeld von 25 EUR gezahlt, wenn ein anderer Kostenträger als die Beihilfe mit mindestens 25 EUR täglich vorleistet. Bei Verzicht auf Krankenhauskostenerstattung gemäß Abschnitt II.9.5. e), oder wenn es für den Versicherungsnehmer günstiger ist, wird ein Krankenhaustagegeld von 50 EUR gezahlt.

9.8. Die Kosten für im Ausland erbrachte Leistungen von den in Abschnitt II.9.5. genannten Heilbehandlern sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie nicht nach den in Deutschland gültigen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ) und Hebammen berechnet sind. Die Erstattungsfähigkeit der Kosten beurteilt sich dann nach dem im jeweiligen Land für Privatpatienten geltenden gebührenrechtlichen Regelungen. Bei Fehlen solcher Regelungen bemessen sich die erstattungsfähigen Kosten nach der jeweils landesüblichen Gebührenhöhe für vergleichbare Leistungen.

9.9. Bei Auslandsreisen entfällt abweichend von § 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil I die allgemeine Wartezeit und die besondere Wartezeit für Zahnbehandlung.

III. Kalenderjahresregelung

a) Sind in diesem Tarif Höchstbeträge nach Kalenderjahren vorgesehen, gelten diese jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres.

b) Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr.

KVB-121 03.22

Beihilfeergänzungstarif uni-BZA plus
für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung sowie für Auslandsreisen

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

I Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit, Beendigung, Fortführung der Versicherung

1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

1.1. Der Abschluss des Beihilfeergänzungstarifs uni-BZA plus setzt voraus, dass bei dem Versicherer für die zu versichernde Person eine beihilfekonforme Versicherung nach einem Tarif für Beamtenanwärter mit Kostenerstattung für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird (Grundtarif).

1.2. Versicherungsfähig sind Personen, die das 16., aber noch nicht das 39. Lebensjahr vollendet haben und

a) sich in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf befinden (Anwärter, Referendare und Vikare) und weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen (ausgenommen Anwärterbezüge und Ausbildungsvergütungen) erhalten sowie

b) deren nicht berufstätige Ehegatten oder nicht berufstätige Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, sofern diese das 39. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

2 Ende der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit endet für alle versicherten Personen zu dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person nach Abschnitt I.1.2. a)

- ihre Ausbildung beendet oder
- für mehr als sechs Monate unterbricht oder
- das 39. Lebensjahr vollendet oder
- spätestens 42 Monate nach erstmaligem Beginn der Versicherung im Tarif uni-BZA plus oder
- die Versicherung im Grundtarif endet.

Für die versicherte Person nach Abschnitt I.1.2. b) endet die Versicherungsfähigkeit zusätzlich zu dem Zeitpunkt, in dem diese selbst das 39. Lebensjahr vollendet oder die Versicherung im Grundtarif endet.

3 Fortführung der Versicherung

Endet die Versicherungsfähigkeit im Tarif uni-BZA plus, wird die Versicherung für die jeweilige versicherte Person ohne erneute Wartezeiten und ohne erneute Gesundheitsprüfung in dem Tarif uni-BZ plus fortgeführt, sofern in dem Tarif uni-BZ plus Versicherungsfähigkeit besteht.

Dem neuen Versicherungsschutz liegen dann die zum Zeitpunkt der Umstellung geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif uni-BZ plus zugrunde.

Der Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten tariflichen Eintrittsalter gemäß § 8 a (1.1) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II. Von diesem Zeitpunkt an ist der erhöhte Beitrag zu entrichten. Das außerordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers ist in § 13 (4) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, geregelt.

Sind für die Versicherung in Tarif uni-BZA plus besondere Vereinbarungen wie z. B. Leistungsausschlüsse, besonders vereinbarte Beitragszuschläge oder sonstige besondere Vereinbarungen getroffen, so werden diese auch auf den neuen Versicherungsschutz entsprechend übertragen.

II. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erstattet unter Anrechnung von Ansprüchen nach öffentlich-rechtlichen Beihilfevorschriften und von Leistungen des Versicherers aus dem Grundtarif (s. Abschnitt I.1.1.) verbleibende Aufwendungen. Die Beihilfeleistung ist anhand des Beihilfebescheides nachzuweisen. Soweit Beihilfevorschriften Selbstbeteiligungen (z.B. als Eigenbehalte, Selbstbehalte, Abzugsbeträge, Kostendämpfungspauschale bezeichnet) vorsehen, zählen diese nicht zu den verbleibenden Aufwendungen.

1. Versicherungsleistungen bei Zahnbehandlung und Zahnersatz

1.1. Erstattungsfähig sind die besonders berechneten zahntechnischen Material- und Laborkosten sowie Praxiskosten, die bei Zahnbehandlung (Inlays) bzw. Zahnersatz (z.B. Implantate einschließlich Implantatteile, knochenaufbauende Maßnahmen und Knochenersatzmaterial) notwendig werden.

1.2. Der Leistungsanspruch für alle erstattungsfähigen Aufwendungen beträgt je versicherte Person und Versicherungsjahr höchstens

1.000 EUR im ersten Versicherungsjahr und
3.000 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren.

Ab dem vierten Versicherungsjahr beträgt der Höchstbetrag 6.500 EUR je versicherte Person und Versicherungsjahr.

1.3. Material- und Laborkosten sowie Praxiskosten werden für die Berücksichtigung der Höchstbeträge dem Versicherungsjahr zugeordnet, in dem die angefertigten Materialien vom Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden eingegliedert werden.

1.4. Die Höchstbeträge gem. Abschnitt II.1.2. gelten nicht für einen nachweislich durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.

1.5. Für Zahnersatz nach Abschnitt II.1.1 wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplanes des Zahnarztes dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehene Behandlung der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig ist.

Diese Leistungsvoraussetzungen gelten nicht bei Anfertigung einer Einzelkrone.

2. Versicherungsleistungen bei Hilfsmitteln

2.1. Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung die Aufwendungen für

- die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung, z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher, sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist und

- die Beschaffung und die Instandsetzung folgender Hilfsmittel:

a) Kleinere Hilfsmittel.
Das sind:
- Brillengläser und Brillengestelle,
- Blutzuckermessgerät,
- Bruchbänder,
- Bandagen,
- Einlagen,
- Leibbinden,
- Kompressionsstrümpfe und
- Verbrauchsartikel im Rahmen einer Stomaversorgung.

b) Größere Hilfsmittel in einjährigen Abständen.
Hierzu gehören z.B.:
- orthopädische Schuhe,
- Hörhilfe (elektronisches Hörgerät),
- Heimdialysegerät bei Nierenversagen,
- Körperersatzstücke,
- Krankenfahrstuhl,

- elektronische Sprechhilfe nach Kehlkopfoperation,
- Blindenhund,
- Haarersatz (Toupet bzw. Perücke) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
- Kontaktlinsen,
- Gehapparat (Rollator, Deltarad, Gehgestell),
- Gehstützen,
- Stützapparate einschließlich Liegeschalen,
- Blutgerinnungsmessgerät bei erforderlicher Dauerantikoagulation und künstlichem Herzklappenersatz,
- lebenserhaltende Hilfsmittel.

Anstelle der Anschaffungskosten sind auch die Kosten für die Miete bzw. Instandsetzung erstattungsfähig, soweit sie nicht höher als die Anschaffungskosten sind und sich durch die Miete bzw. Instandsetzung eine Anschaffung erübrigt. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für die Unterweisung im Gebrauch und für die Wartung von Hilfsmitteln.

2.2. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- die Beschaffung oder Miete von Heilapparaten aller Art, sanitäre Bedarfsartikel, Fieberthermometer, Heizkissen,

- Ausführungen von Hilfsmitteln, wenn diese keinen objektiven Nutzen zum Ausgleich einer Behinderung haben,

- Unterhaltungs- und Betriebskosten für Hilfsmittel,

- Pflegehilfsmittel, auf die ein Anspruch aus der Pflegepflichtversicherung besteht,

- Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen sowie Ersatzbatterien und Ladegeräte für elektrische und elektronische Geräte.

3. Versicherungsleistungen bei Heilpraktikerbehandlung und Naturheilverfahren

Aufwendungen für ambulante Untersuchungen und Behandlungen durch Ärzte und Heilpraktiker nach Methoden der Naturheilkunde und nach außerschulmedizinischen Methoden werden nach der jeweils aktuellen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. dem jeweils aktuellen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) und nach dem jeweils aktuellen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtlinien (Hufeland-Verzeichnis) erstattet. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für psychotherapeutische Diagnostik und psychotherapeutische Behandlungen.

4. Versicherungsleistungen für Arzneimittel

Erstattet werden die Aufwendungen für vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker verordnete nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Nähr-, Stärkungs-, Anregungsmittel und ähnliche Mittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, Badezusätze, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Brunnenkuren und Mineralwässer sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden (keine Nähr- und Stärkungsmittel in diesem Sinne sind Mittel zur enteralen und parenteralen Ernährung (künstliche Ernährung) sowie Mittel die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden).

5. Schutzimpfungen aus Anlass einer Auslandsreise

Erstattet werden die Aufwendungen für Schutzimpfungen aus Anlass einer Auslandsreise nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes, sofern sie nicht bereits nach dem Grundtarif erstattet werden.

6. Vorsorgepauschale

Erstattet werden Vorsorgemaßnahmen bis zu 250 EUR jeweils innerhalb von zwei Kalenderjahren, soweit sie den Leistungsumfang im Sinne von § 1 Abs. 2 b) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, übersteigen (hierzu gehören z. B. Schutzimpfungen gegen Hepatitis, Tollwut bei Tierhaltern und Jägern, Präventionskurse, Kurse und Gymnastik zur Geburtsvorbereitung und Rückbildung, Vorsorgekuren).

7. Versicherungsleistungen bei stationärer Heilbehandlung

7.1. Gesondert berechenbare Wahlleistung Unterkunft

Erstattet wird die Differenz zwischen der Wahlleistung Unterkunft im Einbettzimmer zur Wahlleistung Unterkunft im Zweibettzimmer bei stationärer Krankenhausbehandlung und stationärer Entbindung.

7.2. Ersatzkrankenhaustagegeld

Wenn die versicherte Person für die gesamte Dauer der stationären Behandlung auf gesondert berechenbare Wahlleistung Unterkunft im Einbettzimmer verzichtet, erhält der Versicherungsnehmer ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von 30 EUR. Bei teilstationärer Behandlung besteht kein Anspruch auf Krankenhaustagegeld.

7.3. Privatkliniken

Erstattet werden bei stationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus, das nicht der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegt (Privatklinik), die Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen einschließlich ärztlicher und sonstiger therapeutischer Leistungen sowie medizinisch begründeter, nachgewiesener Nebenkosten, wenn auch aus dem Grundtarif eine Erstattung erfolgt ist.

8. Mehrkosten über GOÄ/GOZ-Höchstsätze hinaus

Es werden Aufwendungen über GOÄ/GOZ Höchstsätze hinaus erstattet, sofern sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet sind und den Anfordernissen der jeweiligen Gebührenordnung entsprechen, wenn auch aus dem Grundtarif eine Erstattung erfolgt ist.

9. Versicherungsleistungen bei Auslandsreisen

9.1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten bis zu zwei Monaten ab Beginn einer Reise für akut eingetretene Krankheiten und Unfälle.

Für chronische Erkrankungen und für bei Beginn des Auslandsaufenthaltes behandlungsbedürftige oder in Behandlung stehende Krankheiten besteht Versicherungsschutz insoweit, als im Ausland akut und unvorhersehbar eine erhebliche Verschlimmerung eintritt.

9.2. Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen, bei denen jeder einzelne Auslandsaufenthalt eine ununterbrochene Verweildauer von zwei Monaten nicht übersteigt. Der Versicherer ist berechtigt, über den Beginn und das Ende einer Auslandsreise einen Nachweis zu verlangen. Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle -, wenn sich der Versicherte länger als zwei Monate im Ausland aufhält mit dem Ende des zweiten Aufenthaltsmonats. Endet der Versicherungsschutz während einer Heilbehandlung im Ausland für einen leistungspflichtigen Versicherungsfall, so besteht für weitere drei Monate Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

9.3. Der Versicherungsschutz gilt weltweit; als Ausland gelten alle Staaten mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland.

9.4. Als Versicherungsfall gilt auch die Überführung bzw. Bestattung eines verstorbenen Versicherten.

9.5. Der Versicherer erstattet die im Ausland entstandenen Aufwendungen für

a) Behandlungen durch Ärzte und Fachärzte einschließlich Operationen, Assistenz und Narkose;

b) Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;

c) Arznei- und Verbandmittel, die ärztlich oder zahnärztlich verordnet sind;

d) elektrische und physikalische Heilbehandlung;

e) Unterbringung und Verpflegung, ärztliche Behandlung, Visiten und Sonderleistungen in öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen;

f) die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus bei notwendiger stationärer Behandlung eines mitversicherten minderjährigen Kindes;

g) Wegegeld des Arztes für den Weg, den der nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Arzt zurücklegen müsste;

h) Transporte zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus bzw. Arzt und zurück;

i) chirurgische und konservierende Zahnbehandlung einschließlich Vor- und Nachbehandlung;

j) akut notwendig werdende Instandsetzung von Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit sowie Provisorien. Zu Zahnersatz gehören (einschließlich erforderlicher Material- und Laborkosten) prothetische Leistungen, Kronen, Implantate, Aufbißbehelfe und Schienen;

k) ärztlich verordnete Hilfsmittel (mit Ausnahme von Sehhilfen und Hörgeräten), soweit diese auf der versicherten Reise erstmals erforderlich werden;

l) Instandsetzung von Hilfsmitteln.

9.6. Unter Anrechnung der Aufwendungen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, werden erstattet:

a) Kosten für einen Krankenrücktransport einschließlich der Aufwendungen für eine Begleitperson.

Erstattungsfähig sind dabei die Kosten für einen medizinisch sinnvollen und wirtschaftlich vertretbaren Rücktransport an den unmittelbar vor Antritt der Reise bestehenden ständigen Wohnsitz der versicherten Person oder zu dem von dort aus nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus.

Die Kosten für die Begleitperson werden nur erstattet, wenn sich diese Person bei Eintritt der Umstände, die den Krankenrücktransport erforderlich machen, ebenfalls vorübergehend im Reiseland der versicherten Person aufhält und während ihrer Reise selbst bei der uniVersa reisekrankenversichert ist.

Ein Krankenrücktransport im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn er mit einem dafür geeigneten Spezialfahrzeug oder Spezialflugzeug (einschließlich Rettungshubschrauber) durchgeführt wird. Wird ein anderes Transportmittel gewählt, werden die Leistungen nur erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Rückreise schriftlich zugesagt hat;

b) Kosten der Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland;

c) Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.

Der Versicherer ist berechtigt, einen Nachweis über die Höhe der Kosten zu verlangen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen gemäß Abschnitt II.9.6. geltend gemacht werden.

Die Kostenerstattung gemäß Abschnitt II.9.6. b) und c) ist auf 10.300 EUR begrenzt.

9.7. Neben der Krankenhauskostenerstattung gemäß Abschnitt II.9.5. e) wird ein Krankenhaustagegeld von 25 EUR gezahlt, wenn ein anderer Kostenträger als die Beihilfe mit mindestens 25 EUR täglich vorleistet. Bei Verzicht auf Krankenhauskostenerstattung gemäß Ab¬schnitt II.9.5. e), oder wenn es für den Versicherungsnehmer günstiger ist, wird ein Krankenhaustagegeld von 50 EUR gezahlt.

9.8. Die Kosten für im Ausland erbrachte Leistungen von den in Abschnitt II.9.5. genannten Heilbehandlern sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie nicht nach den in Deutschland gültigen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ) und Hebammen berechnet sind. Die Erstattungsfähigkeit der Kosten beurteilt sich dann nach dem im jeweiligen Land für Privatpatienten geltenden gebührenrechtlichen Regelungen. Bei Fehlen solcher Regelungen bemessen sich die erstattungsfähigen Kosten nach der jeweils landesüblichen Gebührenhöhe für vergleichbare Leistungen.

III. Wartezeit

Die Wartezeiten nach § 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, entfallen.

IV. Kalenderjahresregelung

a) Sind in diesem Tarif Höchstbeträge nach Kalenderjahren vorgesehen, gelten diese jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres.

b) Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr.

V. Beitragszahlung

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrages richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Als Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Geburtstag und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Abweichend von § 8 a (2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, ist von Beginn des Kalenderjahres an, in dem die versicherte Person das 21., 26., 31. oder 36. Lebensjahr vollendet, der ihrem tariflichen Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

KVB-049 11.19

Tarif uni-B|Start A (uni-BSA)

für ambulante Heilbehandlung

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

I Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit, Beendigung, Fortführung der Versicherung

1 Aufnahmefähigkeit

Der Abschluss des Tarifes uni-B|Start A für ambulante Heilbehandlung setzt voraus, dass für die zu versichernde Person beim Versicherer eine Versicherung nach dem Tarif uni-B|Start ST für stationäre Heilbehandlung besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird.

2 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig im Tarif uni-B|Start A sind Personen, die das 16., aber noch nicht das 34. Lebensjahr vollendet haben und

a) sich in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf befinden (Anwärter, Referendare und Vikare) und weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen (ausgenommen Anwärterbezüge und Ausbildungsvergütungen) erhalten sowie

b) deren nicht berufstätige Ehegatten oder nicht berufstätige Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz.

3 Ende der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit im Tarif uni-B|Start A endet für alle versicherten Personen zu dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person nach Abschnitt I.2 a)

- ihre Ausbildung beendet oder
- für mehr als sechs Monate unterbricht oder
- das 34. Lebensjahr vollendet oder
- spätestens 42 Monate nach Beginn der Versicherung im Tarif uni-B|Start A.

Die Versicherungsfähigkeit endet für die versicherte Person nach Abschnitt I.2 b) auch zu dem Zeitpunkt, in dem diese selbst das 34. Lebensjahr vollendet.

4 Fortführung der Versicherung

a) Endet die Versicherungsfähigkeit im Tarif uni-B|Start A, wird die Versicherung für die jeweilige versicherte Person ohne erneute Wartezeiten und ohne erneute Gesundheitsprüfung in dem Tarif uni-A in der Tarifstufe fortgeführt, die der Tarifstufe im Tarif uni-B|Start A entspricht oder am nächsten kommt.

b) Endet die Versicherungsfähigkeit im Tarif uni-B|Start A und wird die versicherte Person nach Abschnitt I.2 a) im Anschluss an die Ausbildung ohne einen Anspruch auf Absicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung arbeitslos, kann die Versicherung in den für den Neuzugang geöffneten Tarifen der Krankheitskostenvollversicherung des Versicherers, für die Versicherungsfähigkeit besteht, fortgeführt werden. 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 Gesundheitsprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an gewährt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht gegeben ist. Die Vergünstigungen gemäß den Sätzen 1 und 2 finden nur Anwendung, wenn der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er die Verminderung oder den Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgleicht.

Dem neuen Versicherungsschutz liegen dann die zum Zeitpunkt der Umstellung geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den jeweiligen Tarif zugrunde.

Der Beitrag richtet sich nach der gewählten Tarifstufe und dem dann erreichten tariflichen Eintrittsalter gemäß § 8 a (1.1) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II. Von diesem Zeitpunkt an ist der erhöhte Beitrag zu entrichten. Das außerordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers ist in § 13 (4) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, geregelt.

Sind für die Versicherung in Tarif uni-B|Start A besondere Vereinbarungen wie z. B. Leistungsausschlüsse, besonders vereinbarte Beitragszuschläge oder sonstige besondere Vereinbarungen getroffen, so werden diese auch auf den neuen Versicherungsschutz entsprechend übertragen.

II Leistungen des Versicherers

1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Der Versicherer ersetzt die erstattungsfähigen Aufwendungen zu dem für die versicherte Tarifstufe (siehe Abschnitt III) geltenden Erstattungsprozentsatz.

1.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

a) ambulante Untersuchung, Heilbehandlung, Operationen und Geburtshilfe (auch Hausgeburt) durch Ärzte (psychotherapeutische Behandlung siehe Abschnitt II.1.1 c) bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu

100 %.

b) ambulante Untersuchung und Heilbehandlung durch Heilpraktiker bis zu den Mindestsätzen des jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) zu

100 %.

c) ambulante psychotherapeutische Behandlung durch Ärzte oder approbierte psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – bis zu 50 Sitzungen pro Kalenderjahr – zu

75 %.

d) ambulante Geburtshilfe (auch Hausgeburt) durch Hebamme bzw. Entbindungspfleger bis zu den Höchstsätzen der jeweiligen Gebührenverordnung für Hebammen einschließlich einer entsprechend den Bestimmungen in der gesetzlichen Krankenversicherung in Rechnung gestellten Betriebskostenpauschale bei Entbindung in einem Geburtshaus zu

100 %.

e) Arznei- und Verbandmittel zu

100 %, wenn ein Arzneimittel in Form von Generika[1] bezogen wird oder für ein Arzneimittel keine Generika zur Verfügung stehen.

75 %, wenn ein Arzneimittel in Form eines Originalpräparates bezogen wird, für das Generika zur Verfügung stehen würden.

f) Heilmittel zu

100 %, maximal bis zur Höhe der nach den Beihilferegelungen des Bundes beihilfefähigen Höchstsätzen.

Zu den Heilmitteln gehören insbesondere
- Inhalationen,
- Übungsbehandlungen (z. B. Krankengymnastik, medizinische Trainingstherapie),

[1] Generika sind Arzneimittel, die einem bereits am Markt befindlichen, als Markenzeichen eingetragenen Präparat in der Zusammensetzung gleichen, in der Wirksamkeit und Sicherheit entsprechen und in der Regel preiswerter angeboten werden. Wie alle Arzneimittel werden Generika vor ihrer Zulassung nach strengen Kriterien untersucht und geprüft. Auskunft darüber, ob zu einem Präparat Generika existieren, kann der Arzt oder Apotheker erteilen.

- Osteopathie bei orthopädischen Erkrankungen,
- Massagen,
- Hydrotherapie, Packungen und medizinische Bäder,
- Kälte- und Wärmebehandlungen,
- Elektro- und Lichttherapie,
- Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen (Logopädie),
- Ergotherapie,
- Hippotherapie,
- medizinische Fußpflege (Podologie),

einschließlich ärztlich verordneter medizinisch notwendiger Hausbesuche und Fahrtkosten bei ärztlich verordneten medizinisch notwendigen Hausbesuchen.

g) kleinere Hilfsmittel zu

100 %.

Kleinere Hilfsmittel sind
- Blutzuckermessgerät,
- Bruchbänder,
- Bandagen,
- Einlagen,
- Leibbinden,
- Kompressionsstrümpfe und
- Verbrauchsartikel im Rahmen einer Stomaversorgung.

h) weitere Hilfsmittel (zu Sehhilfen siehe Abschnitt II.1.1 i)) – jeweils einmal innerhalb eines Kalenderjahres – und die Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge zu

100 %.

Zu den weiteren Hilfsmittel gehören z. B.
- orthopädische Schuhe,
- Hörhilfe (elektronisches Hörgerät),
- Heimdialysegerät bei Nierenversagen,
- Körperersatzstücke,
- Krankenfahrstuhl,
- elektronische Sprechhilfe nach Kehlkopfoperation,
- Blindenführhund (Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Anschaffung und Ausbildung bzw. Einarbeitung.),
- Haarersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
- Gehapparat (Rollator, Deltarad, Gehgestell),
- Gehstützen,
- Stützapparate einschließlich Liegeschalen,
- Blutgerinnungsmessgerät bei erforderlicher Dauerantikoagulation und künstlichem Herzklappenersatz,
- lebenserhaltende Hilfsmittel.

Anstelle der Anschaffungskosten sind auch die Kosten für die Miete bzw. Instandsetzung erstattungsfähig, soweit sie nicht höher als die Anschaffungskosten sind und sich durch die Miete bzw. Instandsetzung eine Anschaffung erübrigt. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für die Unterweisung im Gebrauch und für die Wartung von Hilfsmitteln sowie die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung, z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher, sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.

i) Sehhilfen zu

100 %, bis zu einem erstattungsfähigen Betrag von maximal 150 EUR pro versicherte Person. Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien erhöht sich der Betrag auf 300 EUR.

Der Anspruch besteht für alle Sehhilfen zusammen einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder bei Änderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien.

Dafür werden die Kosten des Kalenderjahres, in dem die Sehhilfen bezogen wurden, und die Kosten des vorhergehenden Kalenderjahres zusammengerechnet.

Sehhilfen sind
- Brillengläser und Brillengestelle sowie
- Kontaktlinsen.

j) Maßnahmen der refraktiven Chirurgie (Operation der Augen zur Korrektur von Fehlsichtigkeiten, z. B. mittels Laser) ab dem 2. Kalenderjahr nach Beginn der Versicherung im Tarif uni-B|Start A zu

100 %, bis zu einem erstattungsfähigen Betrag von maximal 500 EUR je Auge.

k) Fahrten und Transporte in Notfällen und bei ärztlich attestierter Gehunfähigkeit zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Arzt bzw. Heilpraktiker oder zur ambulanten Behandlung in das nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus zu

100 %.

l) den medizinisch notwendigen Hin- und Rücktransport zu einer Dialysebehandlung, einer Chemo- oder Strahlenbehandlung, wenn der Versicherer vor Beginn des Transports eine schriftliche Zusage erteilt hat sowie der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist zu

100 %.

m) präventive Maßnahmen der Medizin zu

100 %.

Präventive Maßnahmen der Medizin sind

- gezielte Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte gemäß § 1 Abs. 2 b) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I ohne Altersbegrenzungen und ohne festgelegte Zeitabstände,

- Schutzimpfungen (einschließlich Impfstoff) nach dem jeweils aktuellen Impfkalender (Standardimpfungen) der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene.

- Pränataldiagnostik bei Vorliegen von Risikofaktoren in der Schwangerschaft.

n) häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege) zu

100 %.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztlich verordnete, medizinisch notwendige häusliche Behandlungspflege (z. B. Verbandswechsel, Wundversorgung, Katheterwechsel, Injektionen) durch staatlich geprüfte Pflegefachkräfte, mit dem Ziel, die ärztliche Behandlung zu sichern (Sicherungspflege) oder eine Krankenhausbehandlung zu vermeiden bzw. zu verkürzen (Krankenhausvermeidungspflege). Versichert sind dabei alle Verrichtungen, die auch ein Arzt nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erbringen darf. Die Aufwendungen für einzelne Verrichtungen dürfen nicht höher sein als vergleichbare ärztliche Leistungen.

o) ambulante Palliativversorgung zu

100 %.

Erstattungsfähig sind die Kosten für ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen.

p) sozialpädiatrische Behandlung und Frühförderung zu

100 %.

Erstattungsfähig sind die Kosten für sozialpädiatrische Behandlung im Sinne von § 119 SGB V sowie für Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der privaten oder der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen. Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

1.2 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- Nähr-, Anregungs-, Stärkungs-, potenz- und erektionsfördernde Mittel sowie ähnliche Mittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten (keine Nähr- und Stärkungsmittel in diesem Sinne sind Mittel zur enteralen und parenteralen Ernährung (künstliche Ernährung) sowie Mittel die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden),

- Badezusätze, Desinfektions-, kosmetische und empfängnisverhütende Mittel, Brunnenkuren und Mineralwässer sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden,

- Beschaffung oder Miete aller Arten von Heilapparaten, sanitären und medizinischen Bedarfsartikeln,

- Ausführungen von Hilfsmitteln, wenn diese keinen objektiven Nutzen zum Ausgleich einer Behinderung haben,

- Unterhaltungs- und Betriebskosten für Hilfsmittel,

- Pflegehilfsmittel, auf die ein Anspruch aus der Pflegepflichtversicherung besteht,

- Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen sowie Ersatzbatterien und Ladegeräte für elektrische und elektronische Geräte,

- sonstige Fahrten zum Arzt und zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus,

- assistierte Reproduktion („künstliche Befruchtung“) bei unerfülltem Kinderwunsch (§ 5 Abs. 1.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II, findet in Tarif uni-B|Start A keine Anwendung),

- psychotherapeutische Behandlung durch Heilpraktiker,

- Schutzimpfungen anlässlich einer Reise, auf Grund von Freizeitgewohnheiten oder aus beruflichen Gründen.

2 Begrenzung des Selbstbehaltes

Die tarifliche Eigenleistung gemäß den Abschnitten II.1.1 c) und e) ist je versicherte Person und Kalenderjahr insgesamt auf die in § 193 Abs. 3 VVG (s. Anhang) festgelegte maximale betragsmäßige Auswirkung begrenzt.

3 Wartezeit

Die Wartezeiten nach § 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, entfallen.

4 Kalenderjahresregelung

a) Sind in diesem Tarif Höchstbeträge nach Kalenderjahren vorgesehen, gelten diese jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres.

b) Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr.

III Tarifstufen/Erstattungsprozentsätze

Tarifstufen	Erstattungsprozentsatz
Tarif uni-B|Start A 50	50 %
Tarif uni-B|Start A 45	45 %
Tarif uni-B|Start A 40	40 %
Tarif uni-B|Start A 35	35 %
Tarif uni-B|Start A 30	30 %

IV Beitragszahlung

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrages richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Als Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Abweichend von § 8 a (2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, ist von Beginn des Kalenderjahres an, in dem die versicherte Person das nächste Lebensjahr vollendet, der ihrem tariflichen Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

KVB-050 11.19

Ergänzungstarif uni-B|Start ZA (uni-BSZA)

für Zahnbehandlung und Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung, für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie für vorbeugende zahnärztliche Maßnahmen

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

I Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit, Beendigung, Fortführung der Versicherung

1 Aufnahmefähigkeit

Der Abschluss des Ergänzungstarifes uni-B|Start ZA setzt voraus, dass für die zu versichernde Person beim Versicherer eine Versicherung nach dem Tarif uni-B|Start A für ambulante Heilbehandlung und nach dem Tarif uni-B|Start ST für stationäre Heilbehandlung (Grundtarife) besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird.

Der Erstattungsprozentsatz im Ergänzungstarif uni-B|Start ZA darf nicht höher sein als im Grundtarif für ambulante Heilbehandlung. Bei Herabsetzung des Erstattungsprozentsatzes im Grundtarif für ambulante Heilbehandlung wird zum selben Zeitpunkt auch die Stufe des Tarifes uni-B|Start ZA entsprechend herabgesetzt.

2 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig im Ergänzungstarif uni-B|Start ZA sind Personen, die das 16., aber noch nicht das 34. Lebensjahr vollendet haben und

a) sich in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf befinden (Anwärter, Referendare und Vikare) und weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen (ausgenommen Anwärterbezüge und Ausbildungsvergütungen) erhalten sowie

b) deren nicht berufstätige Ehegatten oder nicht berufstätige Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz.

3 Ende der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit im Ergänzungstarif uni-B|Start ZA endet für alle versicherten Personen zu dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person nach Abschnitt I.2 a)

- ihre Ausbildung beendet oder
- für mehr als sechs Monate unterbricht oder
- das 34. Lebensjahr vollendet oder
- spätestens 42 Monate nach Beginn der Versicherung im Ergänzungstarif uni-B|Start ZA.

Die Versicherungsfähigkeit endet für die versicherte Person nach Abschnitt I.2 b) auch spätestens zu dem Zeitpunkt, in dem diese selbst das 34. Lebensjahr vollendet.

4. Fortführung der Versicherung

a) Endet die Versicherungsfähigkeit im Ergänzungstarif uni-B|Start ZA, wird die Versicherung für die jeweilige versicherte Person ohne erneute Wartezeiten und ohne erneute Gesundheitsprüfung in dem Tarif uni-ZA in der Tarifstufe fortgeführt, die der Tarifstufe im Ergänzungstarif uni-B|Start ZA entspricht oder am nächsten kommt.

b) Endet die Versicherungsfähigkeit im Tarif uni-B|Start ZA und wird die versicherte Person nach Abschnitt I.2 a) im Anschluss an die Ausbildung ohne einen Anspruch auf Absicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung arbeitslos, kann die Versicherung in den für den Neuzugang geöffneten Tarifen der Krankheitskostenvollversicherung des Versicherers, für die Versicherungsfähigkeit besteht, fortgeführt werden. 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 Gesundheitsprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an gewährt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht gegeben ist. Die Vergünstigungen gemäß den Sätzen 1 und 2 finden nur Anwendung, wenn der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er die Verminderung oder den Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgleicht.

Dem neuen Versicherungsschutz liegen dann die zum Zeitpunkt der Umstellung geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den jeweiligen Tarif zugrunde.

Der Beitrag richtet sich nach der gewählten Tarifstufe und dem dann erreichten tariflichen Eintrittsalter gemäß § 8 a (1.1) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II. Von diesem Zeitpunkt an ist der erhöhte Beitrag zu entrichten. Das außerordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers ist in § 13 (4) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, geregelt.

Sind für die Versicherung in Tarif uni-B|Start ZA besondere Vereinbarungen wie z. B. Leistungsausschlüsse, besonders vereinbarte Beitragszuschläge oder sonstige besondere Vereinbarungen getroffen, so werden diese auch auf den neuen Versicherungsschutz entsprechend übertragen.

II Leistungen des Versicherers

1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Der Versicherer ersetzt die erstattungsfähigen Aufwendungen zu dem für die versicherte Tarifstufe (siehe Abschnitt III) geltenden Erstattungsprozentsatz.

1.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

a) vorbeugende Maßnahmen zu

100 %.

Vorbeugende Maßnahmen sind
- professionelle Zahnreinigung bis zu einem erstattungsfähigen Betrag von 100 EUR pro Kalenderjahr
- die Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen.

b) Zahnbehandlung zu

100 %.

Zahnbehandlung sind
- allgemeine, konservierende (außer bei der Versorgung mit Kronen oder Inlays) und chirurgische zahnärztliche Leistungen,
- Maßnahmen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums
- Inlays (Einlagefüllungen), aus Metall, Kunststoff oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren).

Hierzu gehören insbesondere auch:
- plastische Füllungen (z. B. lichthärtende Composites, dentin-adhäsive Füllungen),
- Parodontosebehandlungen mittels PerioChip,
- mikroinvasive Kariesinfiltrationen (z. B. ICON).

c) Zahnersatz zu

75 %, für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen für prothetische Versorgung, orale Implantate, Kronen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen.

Hierzu gehören insbesondere auch:

- Keramikverblendschalen (Veneers), z. B. bei Zahnhartsubstanzdefekten oder freiliegenden Zahnhälsen,
- Kunststoff- und Keramikverblendungen,
- Kronen aus Metall oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren),
- augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial sowie die Therapieformen einer Knochenspreizung, Knochenverlängerung und Sinuslift),
- DROS-Schienen.

Bei Nachweis einer regelmäßigen ununterbrochenen jährlichen Teilnahme der versicherten Person an Vorsorgeuntersuchungen durch zahnärztliche Bestätigung (z. B. Bonusheft) erhöht sich der maximale Erstattungsbetrag auf

- 80 % bei Nachweis von fünf Jahren,
- 90 % bei Nachweis von zehn Jahren.

d) Zahn- und Kieferregulierung zu

75 %, für zahnärztliche bzw. kieferorthopädische und zahntechnische Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen sofern die Leistungen beihilfefähig sind.

e) Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen zu

75 %, für zahnärztliche Maßnahmen zur Diagnose, Behebung oder Besserung einer Störung der Funktion von Kiefergelenken, Kaumuskulatur und Zähnen.

Bei Nachweis einer regelmäßigen ununterbrochenen jährlichen Teilnahme der versicherten Person an Vorsorgeuntersuchungen durch zahnärztliche Bestätigung (z. B. Bonusheft) erhöht sich der maximale Erstattungsbetrag auf

- 80 % bei Nachweis von fünf Jahren,
- 90 % bei Nachweis von zehn Jahren.

Zum Leistungsumfang des Versicherers nach II.1.1 gehören auch die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorgesehenen Zusatz- und Begleitleistungen (z. B. OP-Mikroskop, Anwendung eines Lasers).

1.2 Leistungshöchstbetrag

a) Der Leistungsanspruch für alle erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß II.1.1 zusammen errechnet sich höchstens aus einem erstattungsfähigen Betrag (Höchstbetrag) von

insgesamt: 500 EUR im 1. Kalenderjahr,
1.000 EUR im 1. bis 2. Kalenderjahr,
2.000 EUR im 1. bis 3. Kalenderjahr,
3.000 EUR im 1. bis 4. Kalenderjahr.

b) Auf den jeweiligen Höchstbetrag werden

- zuerst die für zahnärztliche Leistungen erstattungsfähigen Beträge für vorbeugende Maßnahmen, Zahnbehandlung und Inlays und

- danach die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen

angerechnet.

c) Zahntechnische Leistungen werden für die Berücksichtigung der Höchstbeträge dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem die angefertigten Materialien vom Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden eingegliedert werden.

d) Die Höchstbeträge gelten nicht für einen nachweislich durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.

1.3 Erstattungsfähigkeit von Honoraren der Behandelnden

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

1.4 Leistungsvoraussetzung

Für Inlays, Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplanes des Behandelnden dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind.

Diese Leistungsvoraussetzung gilt nicht für die Anfertigung einer Einzelkrone.

Die Kosten des Heil- und Kostenplans gehören zu den erstattungsfähigen Behandlungskosten.

2 Wartezeit

Die Wartezeiten nach § 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, entfallen.

3 Kalenderjahresregelung

a) Sind in diesem Tarif Höchstbeträge nach Kalenderjahren vorgesehen, gelten diese jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres.

b) Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr.

III Tarifstufen/Erstattungsprozentsätze

Tarifstufen	Erstattungsprozentsatz
Tarif uni-B|Start ZA 50	50 %
Tarif uni-B|Start ZA 45	45 %
Tarif uni-B|Start ZA 40	40 %
Tarif uni-B|Start ZA 35	35 %
Tarif uni-B|Start ZA 30	30 %

IV Beitragszahlung

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrages richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Als Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Abweichend von § 8 a (2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, ist von Beginn des Kalenderjahres an, in dem die versicherte Person das nächste Lebensjahr vollendet, der ihrem tariflichen Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

KVB-051 11.19

Tarif uni-B|Start ST (uni-BSST)

für stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

I Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit, Beendigung, Fortführung der Versicherung

1 Aufnahmefähigkeit

Der Abschluss des Tarifes uni-B|Start ST für stationäre Heilbehandlung setzt voraus, dass für die zu versichernde Person beim Versicherer eine Versicherung nach dem Tarif uni-B|Start A für ambulante Heilbehandlung besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird.

2 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig im Tarif uni-B|Start ST sind Personen, die das 16., aber noch nicht das 34. Lebensjahr vollendet haben und

a) sich in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf befinden (Anwärter, Referendare und Vikare) und weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen (ausgenommen Anwärterbezüge und Ausbildungsvergütungen) erhalten sowie

b) deren nicht berufstätige Ehegatten oder nicht berufstätige Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz.

3 Ende der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit im Tarif uni-B|Start ST endet für alle versicherten Personen zu dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person nach Abschnitt I.2 a)

- ihre Ausbildung beendet oder
- für mehr als sechs Monate unterbricht oder
- das 34. Lebensjahr vollendet oder
- spätestens 42 Monate nach Beginn der Versicherung im Tarif uni-B|Start ST.

Die Versicherungsfähigkeit endet für die versicherte Person nach Abschnitt I.2 b) auch spätestens zu dem Zeitpunkt, in dem diese selbst das 34. Lebensjahr vollendet.

4 Fortführung der Versicherung

a) Endet die Versicherungsfähigkeit im Tarif uni-B|Start ST, wird die Versicherung für die jeweilige versicherte Person ohne erneute Wartezeiten und ohne erneute Gesundheitsprüfung in dem Tarif uni-ST in der Tarifstufe fortgeführt, die der Tarifstufe im Tarif uni-B|Start ST entspricht oder am nächsten kommt.

b) Endet die Versicherungsfähigkeit im Tarif uni-B|Start ST und wird die versicherte Person nach Abschnitt I.2 a) im Anschluss an die Ausbildung ohne einen Anspruch auf Absicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung arbeitslos, kann die Versicherung in den für den Neuzugang geöffneten Tarifen der Krankheitskostenvollversicherung des Versicherers, für die Versicherungsfähigkeit besteht, fortgeführt werden. 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 Gesundheitsprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an gewährt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht gegeben ist. Die Vergünstigungen gemäß den Sätzen 1 und 2 finden nur Anwendung, wenn der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er die Verminderung oder den Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgleicht.

Dem neuen Versicherungsschutz liegen dann die zum Zeitpunkt der Umstellung geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den jeweiligen Tarif zugrunde.

Der Beitrag richtet sich nach der gewählten Tarifstufe und dem dann erreichten tariflichen Eintrittsalter gemäß § 8 a (1.1) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II. Von diesem Zeitpunkt an ist der erhöhte Beitrag zu entrichten. Das außerordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers ist in § 13 (4) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, geregelt.

Sind für die Versicherung in Tarif uni-B|Start ST besondere Vereinbarungen wie z.B. Leistungsausschlüsse, besonders vereinbarte Beitragszuschläge oder sonstige besondere Vereinbarungen getroffen, so werden diese auch auf den neuen Versicherungsschutz entsprechend übertragen.

II Leistungen des Versicherers

1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Der Versicherer ersetzt die erstattungsfähigen Aufwendungen zu dem für die versicherte Tarifstufe (siehe Abschnitt III) geltenden Erstattungsprozentsatz.

1.1 Erstattungsfähig in den Tarifstufen uni-B|Start ST 2 und uni-B|Start ST 3 sind Aufwendungen für

a) allgemeine Krankenhausleistungen (einschließlich Stationsarzt- oder Assistenzarztbehandlung) in Krankenhäusern, die der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, zu

100 %.

b) Belegarzt, freiberufliche Hebamme bzw. Entbindungspfleger, Beleghebamme bzw. Belegentbindungspfleger zu

100 %.

c) Krankentransport zum und vom nächsterreichbaren, gemäß Abschnitt II.1.1 a) versicherten und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus in einem hierfür vorgesehenen Spezialfahrzeug (einschließlich Rettungshubschrauber) zu

100 %.

d) teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115 a SGB V in einem gemäß Abschnitt II.1.1 a) versicherten Krankenhaus zu

100 %.

1.2 Erstattungsfähig in der Tarifstufe uni-B|Start ST 2 sind neben den Aufwendungen nach Abschnitt II.1.1

a) gesondert berechenbare ärztliche Wahlleistungen bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in gemäß Abschnitt II.1.1 a) versicherten Krankenhäusern zu

100 %.

b) gesondert berechenbare Wahlleistung Unterkunft im Zweibettzimmer in gemäß Abschnitt II.1.1 a) versicherten Krankenhäusern zu

100 %.

1.3 Zu den erstattungsfähigen Kosten zu II.1.1 sowie II.1.2 gehören auch Aufwendungen für stationäre Psychotherapie.

2 Krankenhaustagegeld

Den in Abschnitt II.2 genannten Beträgen in EUR liegt ein Prozentsatz von 100 zu Grunde. Bei vereinbarten niedrigeren Erstattungsprozentsätzen werden die Krankenhaustagegeldleistungen entsprechend dem Erstattungsprozentsatz gekürzt und auf volle EUR aufgerundet.

2.1 Krankenhaustagegeld neben Kostenerstattung gemäß Abschnitt II.1.1

Zum Ausgleich ersparter Kosten besteht in der Tarifstufe uni-B|Start ST 2 bei teilweisem Verzicht auf versicherte Leistungen neben der Kostenerstattung gemäß Abschnitt II.1.1 für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus mit Ausnahme des Entlassungstages Anspruch auf folgende Krankenhaustagegelder:

a) bei Verzicht auf gesondert berechenbare ärztliche Wahlleistungen gemäß Abschnitt II.1.2 a) 60 EUR.

b) bei Verzicht auf gesondert berechenbare Kosten für die Wahlleistung Unterkunft im Zweibettzimmer gemäß Abschnitt II.1.2 b) 30 EUR.

c) wird auf beide Leistungen verzichtet, beträgt das Krankenhaustagegeld 90 EUR.

2.2 Krankenhaustagegeld anstelle von Kostenerstattung

Bei Verzicht auf jegliche Kostenerstattung für die versicherte Leistung zahlt der Versicherer mit Ausnahme des Entlassungstages für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus ein Krankenhaustagegeld

a) in Tarifstufe uni-B|Start ST 2 von 215 EUR,
b) in Tarifstufe uni-B|Start ST 3 von 125 EUR.

3 Krankenhausaufenthalt im Ausland

Bei einem Krankenhausaufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland gelten Aufwendungen der niedrigsten Preiskategorie für Krankenhaus- und ärztliche Leistungen des Krankenhauses als erstattungsfähig; auch wenn die Aufwendungen dafür höher ausfallen sollten als für in diesem Tarif versicherte stationäre Heilbehandlung in Deutschland.

4 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen (wie z. B. viele Privatkliniken; in Abweichung von § 4 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I) – es sei denn, es handelt sich um eine Notfalleinweisung,

- assistierte Reproduktion („künstliche Befruchtung“) bei unerfülltem Kinderwunsch (§ 5 Abs. 1.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II findet in Tarif uni-B|Start ST keine Anwendung).

5 Lebendorgan- und Stammzellenspende

Erstattungsfähig sind bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung Kosten für den Spender einer Lebendorgan- oder Stammzellenspende, wenn der Empfänger der Spende in diesem Tarif versichert ist.

Erstattungsfähig sind die Kosten (hierzu gehören auch Kosten für Komplikationen, die sich unmittelbar aus der Organspende ergeben) im vertraglichen Umfang für die erforderliche

- ambulante Behandlung
- stationäre Behandlung

Erstattungsfähig sind auch die Fahrt-, Transport- und Reisekosten, die unmittelbar mit der medizinischen Behandlung in Zusammenhang stehen. Im Zuge einer Lebendorganspende werden darüber hinaus erstattet

- die auf Grund der Organspende erforderlichen ambulanten oder stationären Rehabilitationsbehandlungen des Organspenders,

- die Kosten für die Nachbetreuung, wenn sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat,

- der nachgewiesene tatsächliche Verdienstausfall und die von dem Organspender geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung. Hierzu zählen auch die Beiträge für eine substitutive private Krankenversicherung und für die private Pflegepflichtversicherung.

Tarifliche Selbstbehalte/Eigenleistungen wirken sich nicht zu Lasten des Organspenders aus.

6 Wartezeit

Die Wartezeiten nach § 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, entfallen.

III Tarifstufen/Erstattungsprozentsätze

Tarifstufen	Erstattungsprozentsatz
Tarif uni-B|Start ST 2/50	50 %
Tarif uni-B|Start ST 2/45	45 %
Tarif uni-B|Start ST 2/40	40 %
Tarif uni-B|Start ST 2/35	35 %
Tarif uni-B|Start ST 2/30	30 %
Tarif uni-B|Start ST 2/25	25 %
Tarif uni-B|Start ST 2/20	20 %

Tarifstufen	Erstattungsprozentsatz
Tarif uni-B|Start ST 3/50	50 %
Tarif uni-B|Start ST 3/45	45 %
Tarif uni-B|Start ST 3/40	40 %
Tarif uni-B|Start ST 3/35	35 %
Tarif uni-B|Start ST 3/30	30 %
Tarif uni-B|Start ST 3/25	25 %
Tarif uni-B|Start ST 3/20	20 %

IV Beitragszahlung

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrages richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Als Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Abweichend von § 8 a (2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, ist von Beginn des Kalenderjahres an, in dem die versicherte Person das nächste Lebensjahr vollendet, der ihrem tariflichen Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

KVB-122 03.22

Tarif uni-BA|Kompakt (uni-BAK)

für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

I Versicherungsfähigkeit, Beendigung, Fortführung der Versicherung

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die das 16., aber noch nicht das 39. Lebensjahr vollendet haben und

a) sich in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf befinden (Anwärter, Referendare und Vikare) und weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen (ausgenommen Anwärterbezüge und Ausbildungsvergütungen) erhalten sowie

b) deren nicht berufstätige Ehegatten oder nicht berufstätige Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, sofern diese das 39. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

2 Ende der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit endet für alle versicherten Personen zu dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person nach Abschnitt I.1 a)

- ihre Ausbildung beendet oder
- für mehr als sechs Monate unterbricht oder
- das 39. Lebensjahr vollendet oder
- spätestens 42 Monate nach erstmaligem Beginn der Versicherung im Tarif uni-BA|Kompakt.

Für die versicherte Person nach Abschnitt I.1 b) endet die Versicherungsfähigkeit zusätzlich zu dem Zeitpunkt, in dem diese selbst das 39. Lebensjahr vollendet.

3 Fortführung der Versicherung

a) Endet die Versicherungsfähigkeit, wird die Versicherung für die jeweilige versicherte Person ohne erneute Wartezeiten und ohne erneute Gesundheitsprüfung in den Tarifen uni-A, uni-ZA und uni-ST in der Tarifstufe fortgeführt, die der Tarifstufe im Tarif uni-BA|Kompakt entspricht oder am nächsten kommt.

b) Endet die Versicherungsfähigkeit und wird die versicherte Person nach Abschnitt I.1 a) im Anschluss an die Ausbildung ohne einen Anspruch auf Absicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung arbeitslos, kann das Versicherungsverhältnis für die versicherten Personen abweichend von Abschnitt I.2 für die Dauer von maximal 18 Monaten, längstens jedoch bis zur Vollendung des 39. Lebensjahres, nach Tarif uni-BA|Kompakt mit einem Erstattungsprozentsatz von 100 % fortgeführt werden.

Die Fortführung muss innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung der Ausbildung beantragt werden. Sie erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung und es sind auch keine Wartezeiten zurückzulegen.

c) Wurde die Versicherung nach Abschnitt I.3 b) fortgeführt und besteht nach Ablauf der 18 Monate weiterhin kein Beihilfeanspruch, kann die Versicherung in den für den Neuzugang geöffneten Tarifen der Krankheitskostenvollversicherung des Versicherers, für die Versicherungsfähigkeit besteht, fortgeführt werden.

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 Gesundheitsprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an erbracht, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht gegeben ist.

Sind für die Versicherung in Tarif uni-BA|Kompakt besondere Vereinbarungen wie z. B. Leistungsausschlüsse, besonders vereinbarte Beitragszuschläge oder sonstige besondere Vereinbarungen getroffen, so werden diese bei der Fortführung der Versicherung nach Abschnitt I.3 a) und c) auch auf den neuen Versicherungsschutz entsprechend übertragen.

Dem neuen Versicherungsschutz liegen dann die zum Zeitpunkt der Vertragsänderung geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den jeweiligen Tarif zugrunde.

Der Beitrag richtet sich nach der gewählten Tarifstufe und dem dann erreichten tariflichen Eintrittsalter gemäß § 8 a (1.1) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II. Von dem Zeitpunkt der Vertragsänderung nach Abschnitt I.3 a) und c) an ist der erhöhte Beitrag zu entrichten. Das außerordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers ist in § 13 (4) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, geregelt.

II Leistungen des Versicherers

1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Der Versicherer ersetzt die erstattungsfähigen Aufwendungen zu dem für die versicherte Tarifstufe (siehe Abschnitt III) geltenden Erstattungsprozentsatz.

1.1 Ambulante Heilbehandlung, Entbindung und Vorsorge

1.1.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

a) ambulante Untersuchungen, Heilbehandlungen, Operationen und Geburtshilfe (auch Hausgeburt) durch Ärzte (psychotherapeutische Behandlungen siehe Abschnitt II.1.1.1 c)).

Hierzu gehören auch
- Labor- und Röntgendiagnostik,
- Blutdialyse (künstliche Niere),
- Wegegeld des Arztes für den Weg, den der nächsterreichbare Arzt zurücklegen müsste,
- Strahlenbehandlungen (Röntgen, Radium, Isotopen).

b) ambulante Untersuchungen und Heilbehandlungen durch Heilpraktiker.

c) ambulante Psychoanalyse und Psychotherapie durch Ärzte oder approbierte psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

d) ambulante Geburtshilfe (auch Hausgeburt) durch Hebammen bzw. Entbindungspfleger einschließlich einer entsprechend den Bestimmungen in der gesetzlichen Krankenversicherung in Rechnung gestellten Betriebskostenpauschale bei Entbindung in einem Geburtshaus.

e) Arznei- und Verbandmittel.

f) Heilmittel.

Zu den Heilmitteln gehören insbesondere
- Inhalationen,
- Übungsbehandlungen (z. B. Krankengymnastik, medizinische Trainingstherapie),
- Osteopathie bei orthopädischen Erkrankungen,
- Massagen,
- Hydrotherapie, Packungen und medizinische Bäder,
- Kälte- und Wärmebehandlungen,
- Elektro- und Lichttherapie,
- Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen (Logopädie),
- Ergotherapie,
- Hippotherapie,
- medizinische Fußpflege (Podologie),

einschließlich ärztlich verordneter medizinisch notwendiger Hausbesuche und Fahrtkosten bei ärztlich verordneten medizinisch notwendigen Hausbesuchen.

g) kleinere Hilfsmittel.

Kleinere Hilfsmittel sind
- Blutzuckermessgeräte,
- Bruchbänder,
- Bandagen,
- Einlagen,
- Leibbinden,
- Kompressionsstrümpfe und
- Verbrauchsartikel im Rahmen einer Stomaversorgung.

h) weitere Hilfsmittel (zu Sehhilfen siehe Abschnitt II.1.1.1 i)) in einjährigen Abständen.

Zu den weiteren Hilfsmitteln gehören z. B.
- orthopädische Schuhe,
- Hörhilfe (elektronisches Hörgerät),
- Heimdialysegerät bei Nierenversagen,
- Körperersatzstücke,
- Krankenfahrstuhl,
- elektronische Sprechhilfe nach Kehlkopfoperation,
- Blindenführhund (Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Anschaffung und Ausbildung bzw. Einarbeitung.),
- Haarersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
- Gehapparat (Rollator, Deltarad, Gehgestell),
- Gehstützen,
- Stützapparate einschließlich Liegeschalen,
- Blutgerinnungsmessgerät bei erforderlicher Dauerantikoagulation und künstlichem Herzklappenersatz,
- lebenserhaltende Hilfsmittel.

Anstelle der Anschaffungskosten sind auch die Kosten für die Miete bzw. Instandsetzung erstattungsfähig, soweit sie nicht höher als die Anschaffungskosten sind und sich durch die Miete bzw. Instandsetzung eine Anschaffung erübrigt. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für die Unterweisung im Gebrauch und für die Wartung von Hilfsmitteln.

i) Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen (Sehhilfen).

Erstattungsfähig sind Brillen sowie in einjährigen Abständen Kontaktlinsen. Einstärkengläser werden bis 300 EUR übernommen, Mehrstärkengläser bis 600 EUR und Brillengestelle bis 125 EUR jeweils alle zwei Jahre, bei veränderter Sehstärke auch öfter. Kontaktlinsen bis zu 410 EUR.

j) Operationen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (Maßnahmen der refraktiven Chirurgie) einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen (hierzu gehören z. B. LASIK-Operationen, Femto-LASIK-Behandlungen, LASEK/PRK-Operationen, Clear-Lens-Exchange).

k) Fahrten und Transporte in Notfällen und bei ärztlich attestierter Gehunfähigkeit zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Arzt bzw. Heilpraktiker oder zur ambulanten Behandlung in das nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus.

l) den medizinisch notwendigen Hin- und Rücktransport zu einer Dialysebehandlung, einer Chemo- oder Strahlenbehandlung, wenn der Versicherer vor Beginn des Transports eine schriftliche Zusage erteilt hat sowie der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist.

m) präventive Maßnahmen der Medizin.

Präventive Maßnahmen der Medizin sind
- gezielte Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte gemäß § 1 Abs. 2 b) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, allerdings ohne Altersbegrenzungen und ohne festgelegte Zeitabstände,
- Schutzimpfungen (einschließlich Impfstoff) nach dem jeweils aktuellen Impfkalender (Standardimpfungen) der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene.
- Pränataldiagnostik bei Vorliegen von Risikofaktoren in der Schwangerschaft.
- Vorsorgemaßnahmen bis zu 500 EUR jeweils innerhalb von zwei Kalenderjahren, soweit sie den Leistungsumfang im Sinne von § 1 Abs. 2 b) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, übersteigen (hierzu gehören z. B. Schutzimpfungen gegen Hepatitis, Tollwut bei Tierhaltern und Jägern, Cholera, Typhus, Gelbfieber, Malaria und andere Tropenkrankheiten, Präventionskurse, Kurse und Gymnastik zur Geburtsvorbereitung und Rückbildung, Vorsorgekuren). Dem im vorstehenden Satz genannten Betrag von 500 EUR liegt ein Prozentsatz von 100 zu Grunde. Bei vereinbarten niedrigeren Erstattungsprozentsätzen reduziert sich der Betrag entsprechend dem Erstattungsprozentsatz.

n) häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege).

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztlich verordnete, medizinisch notwendige häusliche Behandlungspflege (z. B. Verbandswechsel, Wundversorgung, Katheterwechsel, Injektionen) durch staatlich geprüfte Pflegefachkräfte mit dem Ziel, die ärztliche Behandlung zu sichern (Sicherungspflege) oder eine Krankenhausbehandlung zu vermeiden bzw. zu verkürzen (Krankenhausvermeidungspflege). Versichert sind dabei alle Verrichtungen, die auch ein Arzt nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erbringen darf. Die Aufwendungen für einzelne Verrichtungen dürfen nicht höher sein als vergleichbare ärztliche Leistungen.

o) ambulante Palliativversorgung.

Erstattungsfähig sind die Kosten für ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen.

p) die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung, z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher, sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.

1.1.2 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- Nähr-, Anregungs-, Stärkungs-, potenz- und erektionsfördernde Mittel sowie ähnliche Mittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten (nicht hierunter fallen Mittel zur enteralen und parenteralen Ernährung (künstliche Ernährung) sowie Mittel, die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden),

- Badezusätze, Desinfektions-, kosmetische und empfängnisverhütende Mittel, Brunnenkuren und Mineralwässer sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden,

- Beschaffung oder Miete aller Arten von Heilapparaten, sanitären und medizinischen Bedarfsartikeln,

- Ausführungen von Hilfsmitteln, wenn diese keinen objektiven Nutzen zum Ausgleich einer Behinderung haben,

- Unterhaltungs- und Betriebskosten für Hilfsmittel,

- Pflegehilfsmittel, auf die ein Anspruch aus der Pflegepflichtversicherung besteht,

- Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen sowie Ersatzbatterien und Ladegeräte für elektrische und elektronische Geräte,

- sonstige Fahrten zum Arzt und zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus,

- assistierte Reproduktion („künstliche Befruchtung“) bei unerfülltem Kinderwunsch (§ 5 Abs. 1.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II, findet in Tarif uni-BA|Kompakt keine Anwendung),

- psychotherapeutische Diagnostik und psychotherapeutische Behandlungen durch Heilpraktiker.

1.2 Zahnärztliche und kieferorthopädische Heilbehandlung

1.2.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

a) vorbeugende Maßnahmen.

Vorbeugende Maßnahmen sind
- professionelle Zahnreinigung/Zahnprophylaxe,
- die Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen.

b) Zahnbehandlung.

Zahnbehandlungen sind
- allgemeine, konservierende (außer bei der Versorgung mit Kronen) und chirurgische zahnärztliche Leistungen,
- Maßnahmen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des

Parodontiums.

Hierzu gehören insbesondere auch
- plastische Füllungen (z. B. lichthärtende Composites, dentin-adhäsive Füllungen),
- Inlays (Einlagefüllungen) aus Metall, Kunststoff oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren),
- Parodontosebehandlungen mittels PerioChip,
- mikroinvasive Kariesinfiltrationen (z. B. ICON).

c) Zahnersatz.

Kosten für Zahnersatz sind die zahnärztlichen Gebühren für prothetische Leistungen, Kronen und Implantate, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und die erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen.

Hierzu gehören insbesondere auch
- Keramikverblendschalen (Veneers), z. B. bei Zahnhartsubstanzdefekten oder freiliegenden Zahnhälsen,
- Kunststoff- und Keramikverblendungen,
- Kronen aus Metall oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren),
- augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial sowie die Therapieformen einer Knochenspreizung, Knochenverlängerung und Sinuslift),
- DROS-Schienen.

d) Zahn- und Kieferregulierung.

Kosten für Zahn- und Kieferregulierung sind die Gebühren für zahnärztliche Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen.

e) Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.

Kosten für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind die Gebühren für zahnärztliche Maßnahmen, um Störungen der Funktion der Kiefergelenke, der Kaumuskulatur und der Zähne zu diagnostizieren, zu beheben oder zu bessern.

Zum Leistungsumfang des Versicherers nach II.1.2.1 gehören auch die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorgesehenen Zusatz- und Begleitleistungen (z. B. OP-Mikroskop, Anwendungen eines Lasers).

1.2.2 Leistungshöchstbetrag

a) Der Leistungsanspruch für alle erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß II.1.2.1 zusammen errechnet sich unter Berücksichtigung der Erstattungsprozentsätze (s. Abschnitt III) je versicherte Person höchstens aus einem erstattungsfähigen Betrag (Höchstbetrag) von insgesamt

1.550 EUR im ersten Versicherungsjahr,
3.100 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren,
7.700 EUR in den ersten fünf Versicherungsjahren,
15.400 EUR in den ersten sieben Versicherungsjahren.

b) Material- und Laborkosten werden für die Berücksichtigung der Höchstbeträge dem Versicherungsjahr zugeordnet, in dem die angefertigten Materialien vom Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden eingegliedert werden.

c) Die Höchstbeträge gelten nicht für einen nachweislich durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.

1.2.3 Leistungsvoraussetzung

Für Zahnersatz wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplans des Zahnarztes dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind.

Diese Leistungsvoraussetzung gilt nicht bei Anfertigung einer Einzelkrone.

Die Kosten des Heil- und Kostenplans gehören zu den erstattungsfähigen Behandlungskosten.

1.3 Stationäre Heilbehandlung

1.3.1 Erstattungsfähig in den Tarifstufen uni-BA|Kompakt 2 und uni-BA|Kompakt 3 sind Aufwendungen für

a) allgemeine Krankenhausleistungen (einschließlich Stationsarzt- oder Assistenzarztbehandlung) in Krankenhäusern, die der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen.

b) Belegarzt, freiberufliche Hebammen bzw. Entbindungspfleger, Beleghebammen bzw. Belegentbindungspfleger.

c) Krankentransport zum und vom nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus in einem hierfür vorgesehenen Spezialfahrzeug (einschließlich Rettungshubschrauber).

d) teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115 a SGB V.

e) stationäre Psychotherapie.

f) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören auch

- Isotopenbehandlungen,
- Herz-Lungenmaschine,
- Herzschrittmacher,
- stationäre Blutdialyse (künstliche Niere), Organverpflanzungen,
- künstliche Gelenke,
- Behandlungen in der Intensivstation.

Falls von einem Krankenhaus nicht nach der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet wird, gelten die Leistungen der Tarifstufe uni-BA|Kompakt 2 für die „2. Klasse“ und der Tarifstufe uni-BA|Kompakt 3 für die „3. Klasse“.

1.3.2 Erstattungsfähig in der Tarifstufe uni-BA|Kompakt 2 sind neben den Aufwendungen nach Abschnitt II.1.3.1

a) gesondert berechenbare ärztliche Wahlleistungen.

b) gesondert berechenbare Wahlleistung Unterkunft im Zweibettzimmer.

Bei Unterbringung im Einbettzimmer werden für die Kostenerstattung die Kosten zugrunde gelegt, die bei Aufenthalt in einem Zweibettzimmer entstanden wären.

1.3.3 Krankenhaustagegeld neben Kostenerstattung

Zum Ausgleich ersparter Kosten besteht in der Tarifstufe uni-BA|Kompakt 2 bei teilweisem Verzicht auf versicherte Leistungen neben der Kostenerstattung gemäß II.1.3.1 für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus mit Ausnahme des Entlassungstages Anspruch auf folgende Krankenhaustagegelder:

a) bei Verzicht auf gesondert berechenbare ärztliche Wahlleistungen gemäß Abschnitt II.1.3.2 a) 60 EUR.

b) bei Verzicht auf gesondert berechenbare Wahlleistung Unterkunft im Zweibettzimmer gemäß Abschnitt II.1.3.2 b) 30 EUR.

c) Wird auf beide Leistungen verzichtet, beträgt das Krankenhaustagegeld 90 EUR.

1.3.4 Krankenhaustagegeld anstelle von Kostenerstattung

Bei Verzicht auf jegliche Kostenerstattung für die versicherte Leistung zahlt der Versicherer mit Ausnahme des Entlassungstages für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus ein Krankenhaustagegeld

a) in Tarifstufe uni-BA|Kompakt 2 von 215 EUR.

b) in Tarifstufe uni-BA|Kompakt 3 von 125 EUR.

1.3.5 Krankenhaustagegelder bei vereinbarten niedrigeren Erstattungsprozentsätzen

Den in Abschnitt II.1.3.3 und II.1.3.4 genannten Beträgen in EUR liegt ein Prozentsatz von 100 zu Grunde. Bei vereinbarten niedrigeren Er-

stattungsprozentsätzen werden die Krankenhaustagegeldleistungen entsprechend dem Erstattungsprozentsatz gekürzt und auf volle EUR aufgerundet.

1.3.6 Lebendorgan- und Stammzellenspende

Erstattungsfähig sind bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung Kosten für den Spender einer Lebendorgan- oder Stammzellenspende, wenn der Empfänger der Spende in diesem Tarif versichert ist.

Erstattungsfähig sind die Kosten (hierzu gehören auch Kosten für Komplikationen, die sich unmittelbar aus der Organspende ergeben) im vertraglichen Umfang für die erforderliche

- ambulante Behandlung und/oder
- stationäre Behandlung

Erstattungsfähig sind auch die Fahrt-, Transport- und Reisekosten, die unmittelbar mit der medizinischen Behandlung in Zusammenhang stehen. Im Zuge einer Lebendorganspende werden darüber hinaus erstattet

- die auf Grund der Organspende erforderlichen ambulanten oder stationären Rehabilitationsbehandlungen des Organspenders,
- die Kosten für die Nachbetreuung, wenn sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat,
- der nachgewiesene tatsächliche Verdienstausfall und die von dem Organspender geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung. Hierzu zählen auch die Beiträge für eine substitutive private Krankenversicherung und für die private Pflegepflichtversicherung.

Tarifliche Selbstbehalte/Eigenleistungen wirken sich nicht zu Lasten des Organspenders aus.

2 Erstattungsfähigkeit von Heilbehandler-Honoraren

2.1 Ärzte und Zahnärzte

Die Kosten für erbrachte Leistungen sind dann erstattungsfähig, wenn und soweit sie nach den gültigen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) berechnet sind bzw. analog berechnet werden können. Es werden auch Aufwendungen über den Höchstsätzen erstattet, sofern sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet sind und den Anforderungen der jeweiligen Gebührenordnung entsprechen.

2.2 Hebammen und Entbindungspfleger

Leistungen einer Hebamme bzw. eines Entbindungspflegers sind bis zu den Höchstsätzen der jeweiligen Gebührenordnung für Hebammen erstattungsfähig.

2.3 Heilpraktiker

Leistungen des Heilpraktikers sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die bei einem Arzt für eine vergleichbare Verrichtung bis zum Regelhöchstsatz (2,3-, 1,8- bzw. 1,15facher Satz) der GOÄ erstattungsfähig wäre.

2.4 Heilbehandler im Ausland

Die Erstattungsfähigkeit der Kosten beurteilt sich nach dem im jeweiligen Land für Privatpatienten geltenden gebührenrechtlichen Regelungen. Bei Fehlen solcher Regelungen bemessen sich die erstattungsfähigen Kosten nach der jeweils landesüblichen Gebührenhöhe für vergleichbare Leistungen.

3 Wartezeit

Die Wartezeiten nach § 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, entfallen.

4 Kalenderjahresregelung

Sind in diesem Tarif Höchstbeträge nach Kalenderjahren vorgesehen, gelten diese jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres.

Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr.

III Tarifstufen/Erstattungsprozentsätze

Tarifstufen	Erstattungsprozentsatz
uni-BA|Kompakt 2/100	100 %
uni-BA|Kompakt 2/50	50 %
uni-BA|Kompakt 2/45	45 %
uni-BA|Kompakt 2/40	40 %
uni-BA|Kompakt 2/35	35 %
uni-BA|Kompakt 2/30	30 %

Tarifstufen	Erstattungsprozentsatz
uni-BA|Kompakt 3/100	100 %
uni-BA|Kompakt 3/50	50 %
uni-BA|Kompakt 3/45	45 %
uni-BA|Kompakt 3/40	40 %
uni-BA|Kompakt 3/35	35 %
uni-BA|Kompakt 3/30	30 %

IV Beitragszahlung

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrages richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Als Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Geburtstag und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Abweichend von § 8 a (2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, ist von Beginn des Kalenderjahres an, in dem die versicherte Person das 21., 26., 31. oder 36. Lebensjahr vollendet, der ihrem tariflichen Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

KVB-052 11.19

Tarif uni-AM

für ambulante Heilbehandlung

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

Der Abschluss des Tarifes uni-AM für ambulante Heilbehandlung setzt voraus, dass für die versicherte Person beim Versicherer eine Versicherung nach einem Tarif mit Kostenerstattung für stationäre Heilbehandlung, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird.

1 Versicherungsfähigkeit

1.1 Versicherungsfähig im Tarif uni-AM sind Ärztinnen und Ärzte mit Ausnahme von Tierärztinnen und Tierärzten, die ihren ständigen Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet des Versicherers haben sowie

- deren unterhaltsberechtigte Ehegatten oder
- Lebenspartnerinnen bzw. Lebenspartner oder
- Partnerinnen bzw. Partner in der nichtehelichen Lebensgemeinschaft und
- ihre nicht verheirateten Kinder, längstens bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres

solange diese Familienangehörigen mit dem Versicherungsnehmer im gleichen Haushalt leben.

Bei Tod des Versicherungsnehmers bleibt die Versicherungsfähigkeit der versicherten Personen bestehen; sie entfällt aber für die versicherte Person bei Heirat bzw. Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft bzw. nichtehelichen Lebensgemeinschaft mit nicht in Ärztetarifen versicherbaren Personen.

1.2 Fällt die Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person gem. Ziffer 1.1 weg, wird insoweit der Vertrag nach Tarif uni-A ohne neue Wartezeiten und ohne neue Gesundheitsprüfung fortgeführt. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Wegfall der Versicherungsfähigkeit unverzüglich, spätestens innerhalb von zwei Monaten, anzuzeigen. Die Tarifänderung erfolgt zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit weggefallen ist.

2 Leistungen des Versicherers

Die Höhe der Leistungen richtet sich nach der gewählten Tarifstufe.

2.1 Erstattet werden Aufwendungen für

- Untersuchung, Behandlung und Geburtshilfe (auch Hausgeburt) durch Ärzte,
- Pränataldiagnostik bei Vorliegen von Risikofaktoren in der Schwangerschaft,
- ambulante Operationen,
- Labor- und Röntgendiagnostik durch Ärzte,
- Blutdialyse (künstliche Niere),
- Psychoanalyse und Psychotherapie durch Ärzte oder approbierte psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
- Wegegeld des Arztes für den Weg, den der nächsterreichbare Arzt zurücklegen müsste,
- Fahrten und Transporte in Notfällen und bei ärztlich attestierter Gehunfähigkeit zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Arzt bzw. Heilpraktiker oder zur ambulanten Behandlung in das nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus,
- Strahlenbehandlung (Röntgen, Radium, Isotopen),
- Arzneien und Verbandmittel,
- Behandlung und Untersuchung durch Heilpraktiker,
- Geburtshilfe (auch Hausgeburt) durch Hebammen bzw. Entbindungspfleger einschließlich einer entsprechend den Bestimmungen in der gesetzlichen Krankenversicherung in Rechnung gestellten Betriebskostenpauschale bei Entbindung in einem Geburtshaus,
- Vorsorgemaßnahmen bis zu 500 EUR jeweils innerhalb von zwei Kalenderjahren, soweit sie den Leistungsumfang im Sinne von § 1 (2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, übersteigen (hierzu gehören z. B. Schutzimpfungen gegen Hepatitis, Tollwut bei Tierhaltern und Jägern, Cholera, Typhus, Gelbfieber, Malaria und andere Tropenkrankheiten, Kurse und Gymnastik zur Geburtsvorbereitung und Rückbildung, Vorsorgekuren),
- Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge,
- Schutzimpfungen (einschließlich Impfstoff) nach dem jeweils aktuellen Impfkalender (Standardimpfungen) der Ständigen Impfkommision beim Robert-Koch-Institut (STIKO) für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene.
- Operationen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (Maßnahmen der refraktiven Chirurgie) einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen (hierzu gehören z. B. LASIK-Operationen, Femto-LASIK-Behandlungen, LASEK/PRK-Operationen, Clear-Lens-Exchange).

- kleinere Hilfsmittel.
  Das sind:
  - Brillen,
  - Blutzuckermessgerät,
  - Bruchbänder,
  - Bandagen,
  - Einlagen,
  - Leibbinden,
  - Kompressionsstrümpfe und
  - Verbrauchsartikel im Rahmen einer Stomaversorgung.

- weitere Hilfsmittel in einjährigen Abständen.
  Hierzu gehören z.B.:
  - orthopädische Schuhe,
  - Hörhilfen (elektronische Hörgeräte),
  - Heimdialysegeräte bei Nierenversagen,
  - Körperersatzstücke,
  - Krankenfahrstühle, z. B. bei Querschnittslähmung,
  - elektronische Sprechhilfen nach Kehlkopfoperationen,
  - Blindenhund,
  - Haarersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
  - Kontaktlinsen,
  - Gehapparate (Rollator, Deltarad, Gehgestell),
  - Gehstützen,
  - Stützapparate einschließlich Liegeschalen,
  - Blutgerinnungsmessgerät bei erforderlicher Dauerantikoagulation und künstlichem Herzklappenersatz,
  - lebenserhaltende Hilfsmittel.

- Reparatur, Wartung und Unterweisung im Gebrauch von Hilfsmitteln.

- die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung, z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher, sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.

- Heilmittel;
  zu den Heilmitteln gehören insbesondere:
  - Inhalationen,
  - Übungsbehandlungen (z.B. Krankengymnastik, medizinische Trainingstherapie),
  - Osteopathie bei orthopädischen Erkrankungen,
  - Massagen,
  - Hydrotherapie, Packungen und medizinische Bäder,
  - Kälte- und Wärmebehandlungen,
  - Elektro- und Lichttherapie,
  - Stimm-, Sprech- und Sprachübungen (Logopädie),
  - Ergotherapie,
  - Hippotherapie,
  - medizinische Fußpflege (Podologie),

  einschließlich ärztlich verordneter medizinisch notwendiger Hausbesuche und Fahrtkosten bei ärztlich verordneten medizinisch notwendigen Hausbesuchen.

- Erstattungsfähig sind der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport zu einer Dialysebehandlung, einer Chemo- oder Strahlenbehandlung wenn der Versicherer vor Beginn des Transports eine schriftliche Zusage erteilt hat.

- Erstattungsfähig ist der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist.

- Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztlich verordnete, medizinisch notwendige häusliche Behandlungspflege (z. B. Verbandswechsel, Wundversorgung, Katheterwechsel, Injektionen) durch staatlich geprüfte Pflegefachkräfte, mit dem Ziel die ärztliche Behandlung zu sichern (Sicherungspflege) oder eine Krankenhausbehandlung zu vermeiden bzw. zu verkürzen (Krankenhausvermeidungspflege). Versichert sind dabei alle Verrichtungen, die auch ein Arzt nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erbringen darf. Die Aufwendungen für einzelne Verrichtungen dürfen nicht höher sein als vergleichbare ärztliche Leistungen.

- Erstattungsfähig sind die Kosten für ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen.

- Erstattungsfähig sind die Kosten für sozialpädiatrische Behandlung im Sinne von § 119 SGB V sowie für Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der privaten oder der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen. Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

2.2 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- Nähr-, Stärkungs-, Anregungsmittel und ähnliche Mittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten. Badezusätze, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Brunnenkuren und Mineralwässer sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden (keine Nähr- und Stärkungsmittel in diesem Sinne sind Mittel zur enteralen und parenteralen Ernährung (künstliche Ernährung) sowie Mittel die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden),

- die Beschaffung oder Miete von Heilapparaten aller Art, sanitäre Bedarfsartikel, Fieberthermometer, Heizkissen und dergleichen,

- Ausführungen von Hilfsmitteln, wenn diese keinen objektiven Nutzen zum Ausgleich einer Behinderung haben,

- Unterhaltungs- und Betriebskosten für Hilfsmittel,

- Pflegehilfsmittel, auf die ein Anspruch aus der Pflegepflichtversicherung besteht,

- Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen sowie Ersatzbatterien und Ladegeräte für elektrische und elektronische Geräte,

- sonstige Fahrten zum Arzt und zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus,

- Beseitigung von Schönheitsfehlern. Hierzu zählen nicht medizinisch notwendige kosmetische Behandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen.

2.3 In Ergänzung zu § 5 (1) g der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Teil I, besteht keine Leistungspflicht für Behandlungen durch

- Lebenspartnerin / Lebenspartner oder Partnerin / Partner in der nichtehelichen Lebensgemeinschaft,

- Lebenspartnerin / Lebenspartner oder Partnerin / Partner in der nichtehelichen Lebensgemeinschaft eines Elternteils sowie

- durch die Kinder einer Lebenspartnerin / eines Lebenspartners oder einer Partnerin / eines Partners in der nichtehelichen Lebensgemeinschaft.

3 Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit. Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

Tarifstufen	**jährliche Selbstbeteiligung**
Tarif uni-AM 155	155 EUR
Tarif uni-AM 620	620 EUR

KVB-053 11.19

Ergänzungstarif uni-ZAM

für Zahnbehandlung und Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie für vorbeugende zahnärztliche Maßnahmen

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Versicherungsfähigkeit

1.1 Versicherungsfähig im Tarif uni-ZAM sind Ärztinnen und Ärzte mit Ausnahme von Tierärztinnen und Tierärzten, die ihren ständigen Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet des Versicherers haben sowie

- deren unterhaltsberechtigte Ehegatten oder
- Lebenspartnerinnen bzw. Lebenspartner oder
- Partnerinnen bzw. Partner in der nichtehelichen Lebensgemeinschaft und
- ihre nicht verheirateten Kinder, längstens bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres,

solange diese Familienangehörigen mit dem Versicherungsnehmer im gleichen Haushalt leben.

Bei Tod des Versicherungsnehmers bleibt die Versicherungsfähigkeit der versicherten Personen bestehen; sie entfällt aber für die vesicherte Person bei Heirat bzw. Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft bzw. nichtehelichen Lebensgemeinschaft mit nicht in Ärztetarifen versicherbaren Personen.

1.2 Fällt die Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person gem. Ziffer 1.1 weg, wird insoweit der Vertrag nach Tarif uni-ZA ohne neue Wartezeiten und ohne neue Gesundheitsprüfung fortgeführt. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Wegfall der Versicherungsfähigkeit unverzüglich, spätestens innerhalb zwei Monaten, anzuzeigen. Die Tarifänderung erfolgt zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit weggefallen ist.

1.3 Der Abschluss des Ergänzungstarifs uni-ZAM setzt voraus, dass beim Versicherer eine Versicherung nach einem Tarif mit Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird (Grundtarife).

Fällt ein Grundtarif fort, so endet zum selben Zeitpunkt auch der Ergänzungstarif uni-ZAM.

2 Leistungen des Versicherers

2.1 Der Versicherer bietet Versicherungsschutz durch Ersatz der Kosten einschließlich der zugehörigen Material- und Laborkosten sowie die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorgesehenen Zusatz- und Begleitleistungen (z. B. OP-Mikroskop, Anwendung eines Lasers) für

2.1.1 Vorbeugende Maßnahmen

Kosten für vorbeugende zahnärztliche Maßnahmen sind die Gebühren zur Erstellung eines Mundhygienestatus, Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen (professionelle Zahnreinigung/Zahnprophylaxe).

2.1.2 Zahnbehandlung

Kosten für Zahnbehandlung sind die Gebühren für allgemeine, konservierende (außer bei der Versorgung mit Kronen) und chirurgische zahnärztliche Leistungen sowie für Maßnahmen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums.

Hierzu gehören insbesondere auch:
- plastische Füllungen (z. B. lichthärtende Composites, dentin-adhäsive Füllungen),
- Inlays (Einlagefüllungen) aus Metall, Kunststoff oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren),
- Parodontosebehandlungen mittels PerioChip,
- mikroinvasive Kariesinfiltrationen (z. B. ICON).

2.1.3 Zahn- und Kieferregulierung

Kosten für Zahn- und Kieferregulierung sind die Gebühren für zahnärztliche Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen.

2.1.4 Zahnersatz

Kosten für Zahnersatz sind die zahnärztlichen Gebühren für prothetische Leistungen, Kronen und Implantate, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und die erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen.

Hierzu gehören insbesondere auch:
- Keramikverblendschalen (Veneers), z. B. bei Zahnhartsubstanzdefekten oder freiliegenden Zahnhälsen,
- Kunststoff- und Keramikverblendungen,
- Kronen aus Metall oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren),
- augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial sowie die Therapieformen einer Knochenspreizung, Knochenverlängerung und Sinuslift),
- DROS-Schienen.

2.1.5 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Kosten für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind die Gebühren für zahnärztliche Maßnahmen, um Störungen der Funktion der Kiefergelenke, der Kaumuskulatur und der Zähne zu diagnostizieren, zu beheben oder zu bessern.

2.2 Höhe der Leistungen

Der Erstattungsprozentsatz für vorbeugende Maßnahmen, Zahnbehandlung und Zahn- und Kieferregulierung beträgt 100 % sowie für Zahnersatz, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen 80 %.

Erstattet werden die erstattungsfähigen Kosten, soweit sie nach der jeweils geltenden Gebührenordnung berechnet werden können und die jeweiligen Höchstsätze nicht überschreiten.

2.3 Der Leistungsanspruch berechnet sich zu Beginn des Ergänzungstarifs höchstens aus einem erstattungsfähigen Betrag

von 1.550 EUR für alle Behandlungen im ersten Versicherungsjahr,

von 3.100 EUR für alle Behandlungen in den ersten beiden Versicherungsjahren,

von 4.650 EUR für alle Behandlungen in den ersten drei Versicherungsjahren.

Bei unterschiedlichen Erstattungsprozentsätzen werden auf die Höchstsätze der jeweiligen Versicherungsjahre zuerst die erstattungsfähigen Beträge für Zahnbehandlung/vorbeugende Maßnahmen/Zahn- und Kieferregulierung und danach die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz/funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen angerechnet.

Für durch Unfälle notwendig werdende zahnärztliche Behandlung entfällt der Jahreshöchstsatz. Die Erstattung für solche Maßnahmen wird auf den Jahreshöchstsatz nicht angerechnet.

2.4 Leistungsvoraussetzungen

Für Zahnersatz (dazu gehören auch Kronen) wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplans des Zahnarztes dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art

und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind.

Diese Leistungsvoraussetzung gilt nicht bei Anfertigung einer Einzelkrone.

Die Kosten des Heil- und Kostenplans gehören zu den erstattungsfähigen Behandlungskosten.

2.5 In Ergänzung zu § 5 (1) g der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Teil I, besteht keine Leistungspflicht für Behandlungen durch

- Lebenspartnerin / Lebenspartner oder Partnerin / Partner in der nichtehelichen Lebensgemeinschaft,
- Lebenspartnerin / Lebenspartner oder Partnerin / Partner in der nichtehelichen Lebensgemeinschaft eines Elternteils sowie
- durch die Kinder einer Lebenspartnerin / eines Lebenspartners oder einer Partnerin / eines Partners in der nichtehelichen Lebensgemeinschaft.

3 Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit. Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

KVB-054 11.19

Tarif uni-STM

für stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

Der Abschluss des Tarifes uni-STM für stationäre Heilbehandlung setzt voraus, dass für die versicherte Person beim Versicherer eine Versicherung nach einem Tarif mit Kostenerstattung für ambulante Heilbehandlung, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird.

1 Versicherungsfähigkeit

1.1 Versicherungsfähig im Tarif uni-STM sind Ärztinnen und Ärzte mit Ausnahme von Tierärztinnen und Tierärzten, die ihren ständigen Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet des Versicherers haben sowie

- deren unterhaltsberechtigte Ehegatten oder
- Lebenspartnerinnen bzw. Lebenspartner oder
- Partnerinnen bzw. Partner in der nichtehelichen Lebensgemeinschaft und
- ihre nicht verheirateten Kinder, längstens bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres,

solange diese Familienangehörigen mit dem Versicherungsnehmer im gleichen Haushalt leben.
Bei Tod des Versicherungsnehmers bleibt die Versicherungsfähigkeit der versicherten Personen bestehen; sie entfällt aber für die versicherte Person bei Heirat bzw. Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft bzw. nichtehelichen Lebensgemeinschaft mit nicht in Ärztetarifen versicherbaren Personen.

1.2 Fällt die Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person gem. Ziffer 1.1 weg, wird insoweit der Vertrag nach Tarif uni-ST ohne neue Wartezeiten und ohne neue Gesundheitsprüfung fortgeführt. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Wegfall der Versicherungsfähigkeit unverzüglich, spätestens innerhalb zwei Monaten, anzuzeigen. Die Tarifänderung erfolgt zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit weggefallen ist.

2 Leistungen des Versicherers

2.1 Kostenerstattung

Erstattungsfähig sind zu 100 %

a) die vom Krankenhaus berechneten Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz,

b) die vom Krankenhaus berechneten Kosten für Wahlleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz,

c) Arzthonorare,

d) Transportkosten zum und vom nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus in einem hierfür vorgesehenen Spezialfahrzeug (einschließlich Rettungshubschrauber).

Zu den erstattungsfähigen Kosten zu a) und b) gehören auch Aufwendungen für

- Isotopenbehandlungen,
- eiserne Lunge,
- Herzschrittmacher,
- stationäre Blutdialyse (künstliche Niere),
- Organverpflanzungen,
- Behandlungen in der Intensivstation,
- teilstationäre Behandlungen,
- vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115 a SGB V,
- die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten. Eine aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme liegt in der Regel dann vor, wenn der Patient zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Zu den erstattungsfähigen Kosten gemäß 2.1. gehören auch Aufwendungen für stationäre Psychotherapie.

Werden bei einer Entbindung für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Säuglings Kosten berechnet, so gelten diese Kosten als für die Mutter entstanden, wenn für das Kind keine eigene Versicherung bei einem privaten Krankenversicherer besteht. Sie werden zusammen mit den Entbindungskosten erstattet.

2.2 Krankenhaustagegeld neben Kostenerstattung

Wird vom Versicherungsnehmer nur auf eine der nachstehenden Leistungen verzichtet, zahlt der Versicherer für jeden Tag einer vollstationären Behandlung im Krankenhaus

- bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung 60 EUR Krankenhaustagegeld

- bei Verzicht auf die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer 40 EUR Krankenhaustagegeld.

Wird auf beide Leistungen verzichtet, so beträgt das Krankenhaustagegeld 100 EUR.

2.3 Krankenhaustagegeld anstelle von Kostenerstattung

Bei Verzicht auf jegliche Kostenerstattung gemäß Ziffer 2.1 besteht Anspruch auf Krankenhaustagegeld in Höhe von 225 EUR.

2.4 Krankenrücktransport

2.4.1 Bei akut eintretender Behandlungsbedürftigkeit während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes sind die Kosten eines medizinisch sinnvollen und wirtschaftlich vertretbaren Krankenrücktransports erstattungsfähig.

Bei Vorliegen der vorgenannten Voraussetzungen hat der Versicherte die Wahl, den Krankenrücktransport zu seinem Wohnsitz oder zu dem von dort aus nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus durchführen zu lassen.

2.4.2 Die Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, sind von den erstattungsfähigen Kosten abzusetzen.

2.5 Lebendorgan- oder Stammzellenspende

Erstattungsfähig sind bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung Kosten für den Spender einer Lebendorgan- oder Stammzellenspende, wenn der Empfänger der Spende in diesem Tarif versichert ist.

Erstattungsfähig sind die Kosten (hierzu gehören auch Kosten für Komplikationen, die sich unmittelbar aus der Organspende ergeben) im vertraglichen Umfang für die erforderliche

- ambulante Behandlung
- stationäre Behandlung

Erstattungsfähig sind auch die Fahrt-, Transport- und Reisekosten, die unmittelbar mit der medizinischen Behandlung in Zusammenhang stehen. Im Zuge einer Lebendorganspende werden darüber hinaus erstattet

- die auf Grund der Organspende erforderlichen ambulanten oder stationären Rehabilitationsbehandlungen des Organspenders,

- die Kosten für die Nachbetreuung, wenn sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat,

- der nachgewiesene tatsächliche Verdienstausfall und die von dem Organspender geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung. Hierzu

zählen auch die Beiträge für eine substitutive private Krankenversicherung und für die private Pflegepflichtversicherung.

Tarifliche Selbstbehalte/Eigenleistungen wirken sich nicht zu Lasten des Organspenders aus.

2.6 In Ergänzung zu § 5 (1) g der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Teil I, besteht keine Leistungspflicht für Behandlungen durch

- Lebenspartnerin / Lebenspartner oder Partnerin / Partner in der nichtehelichen Lebensgemeinschaft,
- Lebenspartnerin / Lebenspartner oder Partnerin / Partner in der nichtehelichen Lebensgemeinschaft eines Elternteils sowie
- durch die Kinder einer Lebenspartnerin / eines Lebenspartners oder einer Partnerin / eines Partners in der nichtehelichen Lebensgemeinschaft.

KVB-123 05.24

Tarif uni-Top|Privat (uni-TP)

für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

I Leistungen des Versicherers

1 Erstattungsfähige Aufwendungen

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

1.1 Selbstbeteiligung

Von der sich gemäß Ziffer I ergebenden Versicherungsleistung wird eine Selbstbeteiligung abgezogen. Diese beträgt in der Tarifstufe uni-Top|Privat 300 pro versicherte Person und Kalenderjahr 300 EUR. Die Selbstbeteiligung verringert sich für Kinder/Jugendliche bis einschließlich dem Kalenderjahr (vgl. Ziff. III.2), das vor Vollendung des 21. Lebensjahres liegt, um die Hälfte.

Die Selbstbeteiligung fällt bei allen tariflichen Leistungen an, ausgenommen davon sind

- Vorsorgeleistungen gemäß Ziffer VII,
- Leistungen für Schutzimpfungen nach Ziffer I.1.2.1 k) 2. Spiegelstrich,

Nicht betroffen von der Selbstbeteiligung sind auch:

- die Leistungen für die garantierte Beitragsrückerstattung gemäß Ziffer II und
- die Beitragsbefreiung gemäß Ziffer IV

1.2 Ambulante Heilbehandlung, Entbindung und Vorsorge

1.2.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

a) ambulante Untersuchungen, Heilbehandlungen, Operationen und Geburtshilfe (auch Hausgeburt) durch Ärzte (psychotherapeutische Behandlungen siehe Ziffer I.1.2.1 c)).

Hierzu gehören auch
- Labordiagnostik,
- bildgebende Verfahren (z. B. Röntgen, CT, MRT und Sonografie),
- technische Leistungen (z. B. EKG, EEG, EMG),
- Blutdialyse (künstliche Niere),
- Wegegeld des Arztes für den Weg, den der nächsterreichbare Arzt zurücklegen müsste,
- Strahlenbehandlungen (Röntgen, Radium, Isotopen),
- Untersuchungen und Heilbehandlungen im Rahmen der Alternativmedizin,
- ambulante Operationen (§ 115b SGB V) und ambulante Behandlungen im Krankenhaus (§ 39 SGB V).

b) ambulante Untersuchungen und Heilbehandlungen mit Ausnahme von Psychotherapie durch Heilpraktiker. Die Erstattung aller Aufwendungen erfolgt zu 100 % und ist insgesamt auf 2.000 EUR je Kalenderjahr begrenzt.

c) ambulante Psychoanalyse und Psychotherapie durch Ärzte oder approbierte psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt zu 100 % bis zur 20. Sitzung eines Kalenderjahres, ab der 21. Sitzung eines Kalenderjahres erfolgt die Erstattung zu 90 %.

d) Arznei- und Verbandmittel.

Als Arzneimittel gelten auch Harn- und Blutteststreifen. Sofern im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen oder zur Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose verordnet, sind auch Nähr- und Stärkungsmittel, insbesondere Nahrungsergänzung (wie Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente) und Mittel zur künstlichen Ernährung (enteral und parenteral) erstattungsfähig.

e) Heilmittel.

Zu den Heilmitteln gehören insbesondere
- Inhalationen,
- Übungsbehandlungen (z. B. Krankengymnastik, medizinische Trainingstherapie),
- Osteopathie bei orthopädischen Erkrankungen,
- Massagen,
- Hydrotherapie, Packungen und medizinische Bäder,
- Kälte- und Wärmebehandlungen,
- Elektro- und Lichttherapie,
- andere physikalische Behandlungen,
- Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen (Logopädie),
- Ergotherapie,
- Hippotherapie,
- medizinische Fußpflege (Podologie),
- Ernährungstherapie,

einschließlich ärztlich verordneter medizinisch notwendiger Hausbesuche und der in diesem Zusammenhang anfallenden Fahrtkosten.

f) Hilfsmittel (zu Sehhilfen siehe Ziffer I.1.2.1 g)), wenn sie aus medizinischer Sicht notwendig sind, um das Leben zu erhalten, den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine beeinträchtigte Körperfunktion zu ersetzen oder zu unterstützen, sofern es sich nicht um Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens handelt.

Zu den Hilfsmitteln gehören z. B.
- Blutzuckermessgeräte,
- Bruchbänder,
- Bandagen,
- Einlagen,
- Leibbinden,
- Kompressionsstrümpfe,
- Verbrauchsartikel im Rahmen einer Stomaversorgung,
- orthopädische Schuhe,
- Hörhilfe (elektronisches Hörgerät),
- Heimdialysegerät bei Nierenversagen,
- Körperersatzstücke (Prothesen),
- Krankenfahrstühle,
- elektronische Sprechhilfe nach Kehlkopfoperation,
- Blindenführhund (Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Anschaffung und Ausbildung bzw. Einarbeitung),
- Haarersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
- Gehapparate (Rollator, Deltarad, Gehgestell),
- Gehstützen, Gehhilfen,
- Stützapparate einschließlich Liegeschalen,
- Blutgerinnungsmessgerät bei erforderlicher Dauerantikoagulation und künstlichem Herzklappenersatz,
- lebenserhaltende Hilfsmittel.

Anstelle der Anschaffungskosten sind auch die Kosten für die Miete bzw. Instandsetzung erstattungsfähig, soweit sie nicht höher als die Anschaffungskosten sind und sich durch die Miete bzw. Instandsetzung eine Anschaffung erübrigt. Die Höhe der Erstattungen für Instandsetzung ist auf die tarifliche Erstattung bei Neuanschaffung des zu reparierenden Geräts begrenzt. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für die Unterweisung im Gebrauch und für die Wartung von Hilfsmitteln.

Erstattungsfähig ist auch die Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge.

g) Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen (Sehhilfen).

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) sowie Aufwendungen für Reparaturen von Sehhilfen zu 100 %. Die Erstattung ist beschränkt auf einen Höchstbetrag von 600 EUR innerhalb von 24 Monaten. Ein erneuter Anspruch entsteht bereits vor Ablauf der 24 Monate bei einer Änderung der Sehstärke zumindest eines Auges.

Abweichend von § 4 Abs. 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I sind Aufwendungen für Sehhilfen auch ohne ärztliche Verordnung erstattungsfähig. Voraussetzung ist, dass zuvor eine Refraktionsbestimmung durch einen Optiker durchgeführt wurde.

h) Operationen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (Maßnahmen der refraktiven Chirurgie, hierzu gehören z. B. LASIK-Operationen, Femto-LASIK-Behandlungen, LASEK/PRK-Operationen, Clear-Lens-Exchange) einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen.

i) Krankenfahrten und -transporte (auch Taxifahrten) zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt bzw. Heilpraktiker oder Krankenhaus, wenn der Hin- und/oder Rückweg aus medizinischen Gründen (z. B. wegen Gehunfähigkeit) nicht mit einem öffentlichen Verkehrsmittel oder eigenem privaten Kraftfahrzeug zurückgelegt werden kann.

Über die medizinischen Gründe der Krankenfahrten und -transporte ist eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Bei eindeutigen Indikationen (z. B. bei Strahlen- oder Chemotherapie und bei Dialysebehandlung) kann in Absprache mit dem Versicherer darauf verzichtet werden. Bei Unfällen oder medizinischen Notfällen sowie bei Bestehen von Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist eine Bescheinigung nicht erforderlich.

Wird eine Entfernung von nicht mehr als 50 km zurückgelegt, gilt der aufgesuchte Arzt bzw. Heilpraktiker oder das gewählte Krankenhaus stets als nächstgelegen im Sinne dieser Bedingungen.

j) Schwangerschaft, Entbindung, Sterilisation und Empfängnisverhütung.

Hierzu gehören:

- Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen und ärztliche Behandlungen in der Schwangerschaft.
- Geburtshilfe (auch Hausgeburt) durch Hebammen bzw. Entbindungspfleger einschließlich einer entsprechend den Bestimmungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Rechnung gestellten Betriebskostenpauschale bei Entbindung in einem Geburtshaus.
- Pränataldiagnostik bei Vorliegen von Risikofaktoren in der Schwangerschaft.
- Aufwendungen der Schwangeren für Geburtsvorbereitungskurse, Aufwendungen für Rückbildungsgymnastik sowie die Beratung und Unterstützung durch eine Hebamme bzw. durch einen Entbindungspfleger im häuslichen Umfeld. Abrechnungsgrundlage ist die jeweils gültige Gebührenordnung für Hebammen.
- Aufwendungen für nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch.
- Aufwendungen für eine durch Krankheit erforderliche Sterilisation.
- Aufwendungen für ärztliche Beratung und Untersuchung wegen schwangerschaftsvermeidenden und schwangerschaftsunterstützenden Maßnahmen. Für versicherte Personen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr sind auch die Aufwendungen für ärztlich verordnete, verschreibungspflichtige empfängnisverhütende Mittel einschließlich der Kosten für die ärztliche Verordnung erstattungsfähig.

k) präventive Maßnahmen der Medizin.

Präventive Maßnahmen der Medizin sind

- gezielte ambulante Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten, ohne Einschränkung auf gesetzlich eingeführte Programme. Das bedeutet, dass medizinisch sinnvolle und begründbare Vorsorge und Früherkennung unabhängig von einer bestimmten Diagnose, vom Alter und von vorgegebenen Intervallen durchgeführt werden können.
- Schutzimpfungen einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff. Hierzu zählen sämtliche Schutzimpfungen einschließlich der Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen.

l) häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege).

Erstattungsfähig sind

aa) Aufwendungen für ärztlich verordnete Behandlungspflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn durch sie das Ziel einer ärztlichen Behandlung gesichert oder eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird, oder wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist.

Zur Behandlungspflege gehören z. B. Medikamentengabe, Injektionen, Wundversorgung und Verbandwechsel, An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, Blutzuckerkontrolle und Katheterisierung. Die Aufwendungen für Intensiv-Behandlungspflege sind ebenfalls erstattungsfähig.

bb) zusätzliche Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Zusammenhang mit einer ärztlich verordneten Behandlungspflege (einschließlich Intensivbehandlungspflege) nach Buchstabe aa) für bis zu vier Wochen je Versicherungsfall. Der Anspruch besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person die versicherte Person nicht angemessen pflegen und versorgen kann.

Die Leistungen nach Buchstabe aa) und bb) bedürfen der vorherigen Zusage durch den Versicherer.

Die Leistungspflicht entsteht insoweit frühestens mit dem Zugang des entsprechenden Antrags beim Versicherer. Die Zustimmung wird bei Vorliegen einer entsprechenden medizinischen Indikation und oben genannten Voraussetzungen erteilt.

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

m) ambulante Palliativversorgung.

Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung, wenn diese ärztlich verordnet wurde und durch einen Arzt oder durch eine Fachkraft für spezialisierte ambulante Palliativversorgung durchgeführt wird.

Voraussetzung ist, dass eine nicht heilbare, fortschreitende oder weit fortgeschrittene Erkrankung vorliegt, nach medizinischem Befund von einer zugleich begrenzten Lebenserwartung auszugehen ist und eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist.

Die Versorgung kann im häuslichen Umfeld erfolgen, wozu z. B. auch Senioren- oder Pflegeeinrichtungen zählen. Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen Gesetzlichen Krankenkasse verlangen kann. Leistungen von anderen Kostenträgern oder der Pflegepflichtversicherung sind anzurechnen.

n) die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung, z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher, sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.

o) Kinderwunschbehandlung.

Aufwendungen für medizinisch notwendige Maßnahmen (einschließlich Arzneimittel) zur Erlangung einer Schwangerschaft (Kinderwunschbehandlung), die nach deutschem Recht zulässig sind, sind nach vorheriger schriftlicher Zusage erstattungsfähig.

Die Zusage wird erteilt, sofern die folgenden Voraussetzungen vorliegen:

- die Behandlung erfolgt bei Ehepaaren oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren,
- es werden ausschließlich Ei- und Samenzellen des Paares verwendet (homologe Befruchtung),
- es liegt eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Per-

son vor, bei der ausschließlich die Mittel einer Kinderwunschbehandlung zu einer Schwangerschaft führen können,
- es besteht eine hinreichende Erfolgsaussicht (für das gewählte Verfahren) und
- zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 25. Lebensjahr bereits vollendet und das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet hat sowie
- der Mann das 25. Lebensjahr vollendet und das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Ein Leistungsanspruch besteht für bis zu sechs Inseminationszyklen sowie entweder bis zu fünf Versuchen nach der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder bis zu fünf Versuchen nach der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI), einschließlich der dabei erforderlichen IVF.

Besteht für die versicherte Person oder deren Partner Anspruch auf Leistungen für Kinderwunschbehandlung bei einem anderen Leistungsträger (z. B. Gesetzliche oder Private Krankenversicherung oder ein sonstiger Leistungsträger), so ist der Versicherer in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

Bei erfolgreicher Geburt besteht erneut Anspruch auf Leistungen für Kinderwunschbehandlung, solange die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt sind. Ein erneuter Anspruch auf Maßnahmen der Kinderwunschbehandlung erlischt nach der erfolgreichen Geburt des dritten Kindes.

p) Kryokonservierung.

Die Aufwendungen für Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen sowie die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen sind zu 100 % erstattungsfähig, wenn sich die versicherte Person aufgrund einer Erkrankung einer keimzellenschädigenden Therapie unterziehen muss. Im Übrigen gelten für die Dauer der Kryokonservierung die unter den Regelungen zur Kinderwunschbehandlung dargestellten Altershöchstgrenzen.

q) ambulante Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen.

Abweichend von § 5 Abs.1 d) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I sind Aufwendungen für ärztlich angeordnete ambulante Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger im tariflichen Umfang erstattungsfähig. Anspruch besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer. Werden Leistungen gezahlt, entsteht erneut Anspruch nach Ablauf von drei Jahren, gerechnet vom Ende der Kur- und Sanatoriumsbehandlung beziehungsweise der Rehabilitationsmaßnahme. § 5 Abs. 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I bleibt hiervon unberührt.

r) ambulante Anschlussheilbehandlung (AHB).

Aufwendungen für die ersten 21 Tage einer ambulanten Anschlussheilbehandlung werden im tariflichen Umfang erstattet, wenn diese innerhalb von 28 Tagen nach dem Ende einer Krankenhausbehandlung oder ambulanten Operation, für die der Versicherer leistungspflichtig ist, beginnt.

Diese Frist gilt nicht, wenn die Anschlussheilbehandlung aus medizinischen Gründen nicht angetreten werden kann. Die Frist gilt auch dann nicht, wenn kein Platz in einer geeigneten Einrichtung zur Verfügung steht und dies dem Versicherer spätestens am letzten Tag der Frist angezeigt wird.

Dauert die Anschlussheilbehandlung länger als 21 Tage, bedarf es ab dem 22. Tag einer Zusage durch den Versicherer. Diese wird bei Vorliegen einer entsprechenden medizinischen Indikation erteilt. Bestehen Ansprüche gegenüber anderen Kostenträgern (wie die gesetzlichen Rehabilitationsträger, Berufsgenossenschaften), sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen. § 5 Abs. 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I bleibt hiervon unberührt.

s) ambulante Soziotherapie.

Erstattet werden Aufwendungen für ambulante Soziotherapie entsprechend den jeweils geltenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, wenn

- die versicherte Person wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen,
- und wenn dadurch eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird, oder wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist.

Voraussetzung ist:
- Eine Verordnung durch einen niedergelassenen, approbierten und zur Psychotherapie zugelassenen Arzt mit entsprechender Facharzt- oder Zusatzbezeichnung (z. B. für Psychiatrie und Psychotherapie) oder
- eine Verordnung durch einen Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassmanagements oder
- eine Verordnung durch einen niedergelassenen und im Arztregister eingetragenen psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit geeignetem Fachkundenachweis,
- ferner die vorherige Vorlage eines Betreuungsplans und
- die schriftliche Leistungszusage des Versicherers.

Die Behandlung kann dann auch von einer Fachkraft für Soziotherapie (wie Sozialarbeiter, Sozialpädagoge, Fachkrankenschwester/-pfleger für Psychiatrie) durchgeführt werden.

Ein Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Versicherungsfall. Sofern der Leistungserbringer für Aufwendungen durch eine Fachkraft für Soziotherapie eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen Gesetzlichen Krankenkasse verlangen kann.

t) Familien- und Haushaltshilfen.

Aufwendungen für Familien- und Haushaltshilfen werden unter nachfolgenden Voraussetzungen bis maximal 100 EUR pro Kalendertag erstattet:

aa) Während eines medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthalts oder einer Rehabilitationsmaßnahme der versicherten Person, wenn

- es sich bei der versicherten Person um die haushaltsführende Person handelt und
- ein Kind im Haushalt lebt, das seinen 16. Geburtstag noch nicht erreicht hat oder ein Kind im Haushalt lebt, das pflegebedürftig oder schwerbehindert ist und
- keine weitere im Haushalt lebende Person sich um dieses Kind kümmern sowie den Haushalt führen kann.

bb) Darüber hinaus sind Aufwendungen für Familien- und Haushaltshilfen auch nach einem medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthalt oder einer Rehabilitationsmaßnahme der versicherten Person bis zu 4 Wochen erstattungsfähig, wenn

- diese den Haushalt nicht weiterführen kann und
- die versicherte Person die haushaltsführende Person ist und
- keine weitere im Haushalt lebende Person den Haushalt führen kann.

Lebt ein Kind im Haushalt, das seinen 16. Geburtstag noch nicht erreicht hat oder lebt ein Kind im Haushalt, das pflegebedürftig oder schwerbehindert ist, werden die Aufwendungen für die Familien- und Haushaltshilfe nach Buchstabe bb) bis zu 26 Wochen im Kalenderjahr erstattet.

Hat der Versicherte gegenüber anderen Leistungsträgern Anspruch auf Leistungen für Familien- und Haushaltshilfen, sind diese vorrangig in vollem Umfang in Anspruch zu nehmen. Es wird dann nur für solche Kosten geleistet, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

§ 5 Abs. 1 g) Satz 1 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I gilt für Familien- und Haushaltshilfen entsprechend.

1.2.2 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- Nähr-, Anregungs-, Stärkungs-, potenz- und erektionsfördernde Mittel sowie ähnliche Mittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten. Nicht hierunter fallen Mittel zur enteralen und parenteralen Ernährung (künstliche Ernährung) sowie Mittel, die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden,

- Badezusätze, Desinfektions-, kosmetische und empfängnisverhütende Mittel (soweit diese nicht nach Ziffer I.1.2.1 j) erstattungsfähig sind), Brunnenkuren und Mineralwässer sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden,
- Beschaffung oder Miete aller Arten von Heilapparaten, sanitären und medizinischen Bedarfsartikeln,
- Ausführungen von Hilfsmitteln, wenn diese keinen objektiven Nutzen zum Ausgleich einer Behinderung haben,
- Unterhaltungs- und Betriebskosten für Hilfsmittel,
- Pflegehilfsmittel, auf die ein Anspruch aus der Pflegepflichtversicherung besteht,
- Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen sowie Ersatzbatterien und Ladegeräte für elektrische und elektronische Geräte,
- sonstige Fahrten zum Arzt und zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus,
- psychotherapeutische Diagnostik und psychotherapeutische Behandlungen durch Heilpraktiker.

1.3 Zahnärztliche und kieferorthopädische Heilbehandlung

1.3.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

a) vorbeugende Maßnahmen zu 100 %.

Vorbeugende Maßnahmen sind
- professionelle Zahnreinigung/Zahnprophylaxe,
- Erstellung eines Mundhygienestatus,
- eingehende Unterweisung zur Verhütung von Karies und parodontalen Erkrankungen,
- Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen,
- lokale Fluoridierung oder lokale Anwendung von Medikamenten.

b) Zahnbehandlung zu 100 %.

Kosten für Zahnbehandlungen sind
- allgemeine, konservierende zahnärztliche Leistungen (z. B. Versiegelungen, Füllungen, Inlays und Wurzelbehandlungen) - außer bei der Versorgung mit Kronen,
- chirurgische zahnärztliche Leistungen (z. B. Zahnextraktionen, Wurzelspitzenresektionen, Zystenoperationen, Excisionen, Osteotomien und Sequestrotomien) außer im Rahmen der Versorgung mit Zahnersatz gem. Ziffer 1.3.1 c),
- Maßnahmen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
- zahnärztliche Röntgendiagnostik,
- Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen,
- DROS-Schienen,
- die zu den Leistungen gehörigen Material- und Laborkosten und die damit in Zusammenhang stehenden Behandlungskosten sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und die erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen.

Zu Zahnbehandlungen gehören insbesondere auch
- plastische Füllungen (z. B. lichthärtende Composites, dentinadhäsive Füllungen),
- Inlays (Einlagefüllungen) aus Metall, Kunststoff oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren),
- Parodontosebehandlungen mittels PerioChip,
- mikroinvasive Kariesinfiltrationen (z. B. ICON).

c) Zahnersatz zu 90 %.

Kosten für Zahnersatz sind die zahnärztlichen Gebühren für
- prothetische Leistungen (z. B. Kronen, Teleskopkronen einschließlich Verblendungen, Onlays, Brücken, Stiftzähne, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur),
- implantologische Leistungen (Implantate, Knochenaufbau und Sinuslift) einschließlich Suprakonstruktionen.

Zu Zahnersatz gehören insbesondere auch
- Keramikverblendschalen (Veneers), z. B. bei Zahnhartsubstanzdefekten oder freiliegenden Zahnhälsen,
- Kunststoff- und Keramikverblendungen,
- Kronen aus Metall oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren),
- augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial sowie die Therapieformen einer Knochenspreizung, Knochenverlängerung und Sinuslift),
- die zu den Leistungen gehörigen Material- und Laborkosten und die damit in Zusammenhang stehenden Behandlungskosten sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und die erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen.

d) Zahn- und Kieferregulierung zu 90 %.

Kosten für Zahn- und Kieferregulierung sind die Gebühren für zahnärztliche bzw. kieferorthopädische Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen sowie die zu den Leistungen gehörigen Material- und Laborkosten.

e) Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.

Kosten für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind die Gebühren für zahnärztliche Maßnahmen, um Störungen der Funktion der Kiefergelenke, der Kaumuskulatur und der Zähne zu diagnostizieren, zu beheben oder zu bessern.

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind im Rahmen von Zahnersatz und Zahn- und Kieferregulierung zu 90 % und ansonsten zu 100 % erstattungsfähig.

Zum Leistungsumfang des Versicherers nach Ziffer I.1.3.1 gehören auch die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorgesehenen Zusatz- und Begleitleistungen (z. B. OP-Mikroskop, Anwendungen eines Lasers).

Die Kosten für die Erstellung eines Heil- und Kostenplans sind zu 100 % erstattungsfähig.

1.3.2 Leistungshöchstbetrag

a) Der Leistungsanspruch für alle erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer I.1.3 zusammen beträgt je versicherte Person höchstens

1.500 EUR im ersten Versicherungsjahr,
3.000 EUR in den ersten zwei Versicherungsjahren,
4.500 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren,
6.000 EUR in den ersten vier Versicherungsjahren.

Die Begrenzung entfällt ab dem 5. Versicherungsjahr.

Hat der Versicherte in den letzten 5 Kalenderjahren vor Beginn der Versicherung in diesem Tarif jährlich eine Zahnvorsorgeuntersuchung gemacht, entfällt die Begrenzung ab dem 4. Versicherungsjahr.

b) Material- und Laborkosten werden für die Berücksichtigung der Höchstbeträge dem Versicherungsjahr zugeordnet, in dem die angefertigten Materialien vom Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden eingegliedert werden.

c) Die Höchstbeträge gelten nicht für einen nachweislich durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.

1.3.3 Wartezeiten bei vorbeugenden Maßnahmen und Zahnbehandlung

Abweichend von § 3 Abs. 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I beträgt die besondere Wartezeit bei vorbeugenden Maßnahmen nach Ziffer 1.3.1 a) und bei Zahnbehandlungen nach Ziffer 1.3.1 b) drei Monate.

1.4 Stationäre Heilbehandlung

1.4.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

a) die vom Krankenhaus berechneten Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz.

b) die von einem Krankenhaus, das nicht der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegt (Privatklinik) berechneten Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen einschließlich ärztlicher und sonstiger therapeutischer Leistungen sowie medizinisch begründeter, nachgewiesener Nebenkosten.

c) die vom Krankenhaus gesondert berechneten Kosten für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz. Falls von einem Krankenhaus nicht nach der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet wird, gelten die Leistungen für die ”1. Klasse” oder die ”2. Klasse”.

d) gesondert berechenbare Arzthonorare (z. B. ärztliche Wahlleistungen).

e) Belegarzt, freiberufliche Hebammen bzw. Entbindungspfleger, Beleghebammen bzw. Belegentbindungspfleger.

f) Krankenfahrten und -transporte bis zu 100 Kilometer Entfernung zwischen Wohn- oder Aufenthaltsort und Krankenhaus bzw. ohne Begrenzung der Entfernung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus und zurück.

g) teilstationäre, vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115 a SGB V sowie tagesstationäre Behandlungen nach § 115 e SGB V.

h) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten. Eine aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme liegt in der Regel dann vor, wenn der Patient zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

i) stationäre psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung.

Zu den erstattungsfähigen Kosten gehören auch Aufwendungen für

- Isotopenbehandlungen,
- Herz-Lungenmaschine,
- Herzschrittmacher,
- stationäre Blutdialyse (künstliche Niere), Organverpflanzungen,
- künstliche Gelenke und
- Behandlungen in der Intensivstation.

Werden bei einer Entbindung für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Säuglings Kosten berechnet, so gelten diese Kosten als für die Mutter entstanden, wenn für das Kind keine eigene Versicherung bei einem privaten Krankenversicherer besteht. Sie werden zusammen mit den Entbindungskosten erstattet.

1.4.2 Krankenhaustagegeld neben Kostenerstattung

Zum Ausgleich ersparter Kosten besteht bei teilweisem Verzicht auf versicherte Leistungen neben der Kostenerstattung gemäß Ziffer I.1.4.1 für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus mit Ausnahme des Entlassungstages Anspruch auf folgende Krankenhaustagegelder:

a) Bei Verzicht auf gesondert berechenbare Wahlleistung Unterkunft im Ein-/Zweibettzimmer gemäß Ziffer I.1.4.1 c) 50 EUR.

b) Bei Verzicht auf gesondert berechenbare ärztliche Wahlleistungen gemäß Ziffer I.1.4.1 d) 50 EUR.

c) Wird auf beide Leistungen verzichtet, beträgt das Krankenhaustagegeld 100 EUR.

Der unter a) – c) genannte Betrag verringert sich für Kinder/Jugendliche bis zum Ende des Monats, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden, um die Hälfte.

1.4.3 Lebendorgan- und Stammzellenspende

Erstattungsfähig sind bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung die bei dem Spender einer Lebendorgan- oder Stammzellenspende entstehenden Aufwendungen, wenn der Empfänger der Spende in diesem Tarif versichert ist.

Erstattungsfähig sind die Kosten (hierzu gehören auch Kosten für Komplikationen, die sich unmittelbar aus der Organspende ergeben) im vertraglichen Umfang für die erforderliche

- ambulante Behandlung und/oder
- stationäre Behandlung.

Erstattungsfähig sind auch die Fahrt-, Transport- und Reisekosten, die unmittelbar mit der medizinischen Behandlung in Zusammenhang stehen. Im Zuge einer Lebendorganspende werden darüber hinaus erstattet

- die auf Grund der Organspende erforderlichen ambulanten oder stationären Rehabilitationsbehandlungen des Organspenders,
- die Kosten für die Nachbetreuung, wenn sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat,
- der nachgewiesene tatsächliche Verdienstausfall und die von dem Organspender geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung. Hierzu zählen auch die Beiträge für eine substitutive private Krankenversicherung und für die private Pflegepflichtversicherung.

Tarifliche Selbstbehalte/Eigenleistungen wirken sich nicht zu Lasten des Organspenders aus.

1.4.4 Stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB)

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen, wenn hinsichtlich der Maßnahme kein gesetzlicher Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden kann. Gleiches gilt für Aufwendungen für medizinisch notwendige post-primäre bzw. weiterführende Rehabilitation, wenn eine Anschlussheilbehandlung aus medizinischer Sicht nicht oder noch nicht möglich ist.

Eine Anschlussheilbehandlung liegt vor, wenn sich innerhalb von 28 Tagen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die der Versicherer leistungspflichtig ist, eine vom Krankenhausarzt verordnete weitere Heilbehandlung in einer anderen Krankenanstalt anschließt und diese Heilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern.

Diese Frist gilt nicht, wenn die Anschlussheilbehandlung aus medizinischen Gründen nicht angetreten werden kann. Die Frist gilt auch dann nicht, wenn kein Platz in einer geeigneten Einrichtung zur Verfügung steht und dies dem Versicherer spätestens am letzten Tag der Frist angezeigt wird.

1.4.5 Stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen

Aufwendungen für ärztlich angeordnete Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger werden in tariflichem Umfang erstattet. Anspruch besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu 55 EUR je Tag für maximal 28 Tage.

Werden Leistungen gezahlt, entsteht erneut Anspruch nach Ablauf von drei Jahren, gerechnet vom Ende der Kurbehandlung, der Sanatoriumsbehandlung bzw. der Rehabilitationsmaßnahme.

§ 5 Abs. 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, und § 5 (1.4) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II, bleiben hiervon unberührt.

1.4.6 Wunschverlegung

Erstattungsfähig sind einmalig pro Versicherungsfall Aufwendungen für die Verlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands (Wunschverlegung). Die Aufwendungen für die Verlegung sind erstattungsfähig, wenn die vollstationäre Heilbehandlung nach der Verlegung voraussichtlich noch mindestens sieben Tage andauern wird und der Transport medizinisch vertretbar ist.

1.5 Digitale Gesundheitsanwendungen

Erstattungsfähig sind 100 % der Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, die im Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (vgl. § 139e Abs. 1 SGB V) enthalten sind, höchstens bis zu den dort genannten Preisen.

Dies setzt voraus, dass

- der behandelnde Arzt bzw. Zahnarzt oder Psychotherapeut die Anwendungen verordnet hat oder
- der Versicherer die Erstattung vorher schriftlich zugesagt hat.

Erstattungsfähig im Versicherungsfall sind 80 % der Kosten für andere als die in Abs. 1 genannten digitale Gesundheitsanwendungen bis zu maximal 1.600 EUR für jeden Versicherten im Kalenderjahr, soweit der Versicherer dies vorher schriftlich zugesagt hat.

Erstattet wird die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen zunächst für maximal 12 Monate. Danach muss sie jeweils erneut verordnet bzw. vorher schriftlich zugesagt werden. Der Versicherer darf die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung stellen, anstatt deren Kosten zu erstatten.

Erstattet werden ausschließlich die Kosten für den Erwerb der Nutzungsrechte an der digitalen Gesundheitsanwendung. Nicht erstat-

tungsfähig sind Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten sowie für eine Zweitbeschaffung zur Nutzung auf verschiedenen Endgeräten.

1.6 Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen

Abweichend von § 5 (1.2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II letzter Spiegelstrich beträgt der Erstattungsprozentsatz für Aufwendungen bei den ersten beiden Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen 100 %. Bei der dritten Entwöhnungsbehandlung beträgt der Erstattungsprozentsatz 70 %. Die verbleibenden 30 % sind nach der Beendigung der Entwöhnungsbehandlung erstattungsfähig, wenn die Beendigung weder aus disziplinarischen Gründen noch vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis erfolgte. Im Übrigen bleiben die Voraussetzungen von § 5 (1.2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II unberührt.

Aufwendungen für Maßnahmen zur Entgiftung werden zu 100 % erstattet.

1.7 Sozialpädiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Erstattungsfähig sind die Kosten für sozialpädiatrische Behandlung im Sinne von § 119 SGB V sowie für Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der Privaten oder der Gesetzlichen Krankenversicherung verfügen. Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die Gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der Privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

1.8 Kurtagegeld

a) Für ärztlich verordnete Kur- und Sanatoriumsbehandlung wird ein Kurtagegeld in Höhe von 20 EUR je Tag gezahlt.

b) Das Kurtagegeld wird für höchstens 28 Tage innerhalb von 3 Kalenderjahren gezahlt. Als erstes Kalenderjahr gilt das Jahr des Versicherungsbeginns.

1.9 Leistung bei Krankheit des Kindes

Bei Krankheit eines ebenfalls im Tarif uni-Top|Privat mitversicherten Kindes einer versicherten Person, wird ein Tagegeld als Pauschale in Höhe von 100 EUR für maximal 15 Tage im Kalenderjahr gezahlt.

Voraussetzung für die Zahlung des Tagegelds ist,

- dass das Kind seinen 12. Geburtstag noch nicht erreicht hat oder behindert und deshalb auf Hilfe angewiesen ist und
- dass die versicherte Person ihr erkranktes Kind betreuen muss und deshalb der beruflichen Tätigkeit nicht nachgehen kann und
- dass die versicherte Person für diese Zeit weder Entgelt von ihrem Arbeitgeber erhält noch von staatlicher Stelle eine Ersatzleistung beanspruchen kann und
- dass keine andere im Haushalt lebende Person das Kind betreuen kann.

Die Zahlung des Krankentagegeldes erfolgt aus dem Vertragsteil des im Tarif uni-Top|Privat versicherten Kindes.

1.10 Krankenrücktransport aus dem Ausland

1.10.1 Bei akut eingetretenen Krankheiten und Unfällen während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes sind die Kosten eines medizinisch sinnvollen und wirtschaftlich vertretbaren Krankenrücktransportes einschließlich der Aufwendungen für eine Begleitperson nach folgenden Regelungen erstattungsfähig.

1.10.2 Für chronische Erkrankungen und für bei Beginn des Auslandsaufenthaltes behandlungsbedürftige oder sich in Heilbehandlung befindende Krankheiten besteht Versicherungsschutz für Krankenrücktransporte nur insoweit, als im Ausland akut und unvorhersehbar eine erhebliche Verschlimmerung eintritt.

1.10.3 Die Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, werden von den erstattungsfähigen Kosten abgezogen.

1.10.4 Die Kosten für eine Begleitperson werden nur erstattet, wenn sich diese Person bei Eintritt der Umstände, die den Krankenrücktransport erforderlich machen, vorübergehend im Reiseland der versicherten Person aufhält und während ihrer Reise selbst bei der uniVersa Krankenversicherung a.G. reisekrankenversichert ist.

1.10.5 Ein Krankenrücktransport im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn er mit einem dafür geeigneten Spezialfahrzeug oder Spezialflugzeug (einschließlich Rettungshubschrauber) durchgeführt wird.

1.10.6 Bei Vorliegen der Voraussetzungen hat der Versicherte die Wahl, den Krankenrücktransport zu seinem Wohnsitz oder zu dem von dort aus nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus durchführen zu lassen.

1.11 Überführung im Todesfall oder Bestattung im Ausland

Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu 10.000 EUR für, die im Falle des Ablebens der versicherten Person während eines Auslandsaufenthalts durch Überführung an den Heimatwohnsitz bzw. einen Ort in Deutschland oder durch Bestattung am Sterbeort entstehen; dies sind ausschließlich die Transport- und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

II Garantierte Beitragsrückerstattung

Der Versicherungsnehmer hat Anspruch auf eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung (garantierte Beitragsrückerstattung) in Höhe von 600 EUR je Kalenderjahr und versicherte Person. Für Kinder und Jugendliche bis einschließlich dem Kalenderjahr, das vor Vollendung des 21. Lebensjahres liegt, verringert sich die garantierte Beitragsrückerstattung jeweils um die Hälfte.

Voraussetzung für den Anspruch auf die garantierte Beitragsrückerstattung ist:

- Für das abgelaufene Kalenderjahr wurden keine Leistungen aus einem Krankheitskostenvollversicherungstarif des Versicherers beansprucht; ausgenommen hiervon sind die Beitragsbefreiung nach Ziffer IV, Vorsorgeleistungen nach Ziffer VII und Schutzimpfungen nach Ziffer I.1.2.1 k) 2. Spiegelstrich.
- Die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr bis spätestens zum 31. Januar des Folgejahres voll entrichtet worden sind.
- Beginnt die Versicherung nicht zum 1. Januar oder ist der Tarif uni-Top|Privat nicht während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres versichert, so ermäßigt sich die garantierte Beitragsrückerstattung für das abgelaufene Kalenderjahr jeweils um den Anteil der nicht versicherten Tage des jeweiligen Kalendermonats. Ein Anspruch auf garantierte Beitragsrückerstattung besteht dabei nur für Tage, in denen der Tarif nicht als Anwartschaftsversicherung geführt wurde oder beitragsfrei geruht hat.

Die garantierte Beitragsrückerstattung wird spätestens im Oktober des Folgejahres ausgezahlt.

Werden nach Auszahlung der garantierten Beitragsrückerstattung Leistungsansprüche für das abgelaufene Kalenderjahr geltend gemacht, so werden diese Ansprüche mit der garantierten Beitragsrückerstattung verrechnet; hiervon ausgenommen sind die Beitragsbefreiung nach Entbindung gemäß Ziffer IV, Leistungen für Vorsorgeleistungen gemäß Ziffer VII sowie Leistungen für Schutzimpfungen gemäß Ziffer I.1.2.1 k) 2. Spiegelstrich.

III Erstattungsfähigkeit von Aufwendungen

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

1.1 Ärzte und Zahnärzte

Die Kosten für erbrachte Leistungen sind dann erstattungsfähig, wenn und soweit sie nach den gültigen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) berechnet sind bzw. analog berechnet werden können. Es werden auch Aufwendungen über den Höchstsätzen erstattet, sofern sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet sind und den Anfordernissen der jeweiligen Gebührenordnung entsprechen.

1.2 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) in Rechnung gestellten Leistungen sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die gemäß Abschnitt III.1.1 bei einem Arzt für eine vergleichbare Verrichtung erstattungsfähig wäre.

1.3 Hebammen und Entbindungspfleger

Leistungen einer Hebamme bzw. eines Entbindungspflegers sind bis zu den Höchstsätzen der jeweiligen Gebührenordnung für Hebammen erstattungsfähig.

1.4 Heilpraktiker

Leistungen des Heilpraktikers sind nach dem jeweils aktuellen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) bis zu den dort genannten Höchstsätzen erstattungsfähig.

1.5 Kosten im Ausland

Die Kosten für im Ausland erbrachte Leistungen von den genannten Heilbehandlern sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie nicht nach den in Deutschland gültigen Gebührenordnungen berechnet sind. Die Erstattungsfähigkeit der Kosten beurteilt sich dann nach den im jeweiligen Land für Privatpatienten geltenden gebührenrechtlichen Regelungen. Bei Fehlen solcher Regelungen bemessen sich die erstattungsfähigen Kosten nach der jeweils landesüblichen Gebührenhöhe für vergleichbare Leistungen.

2 Kalenderjahresregelung

Sind in diesem Tarif Höchstbeträge nach Kalenderjahren vorgesehen, gelten diese jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres.

Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr. Dabei wird die Selbstbeteiligung gemäß Ziffer I.1.1. für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden am vollen Kalenderjahr fehlenden Monat gemindert.

IV Beitragsbefreiung nach Geburt eines Kindes

a) Bezieht die nach Tarif uni-Top|Privat versicherte Person (Elternteil) Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG), ist der Versicherungsnehmer für die betroffene versicherte Person für die Zeit des Elterngeldbezugs – maximal für sechs Monate – vom Beitrag befreit.

b) Bezieht die nach Tarif uni-Top|Privat versicherte Person (Elternteil) nur deshalb kein Elterngeld, weil ein Elterngeldanspruch wegen Überschreiten der Einkommensgrenzen nach § 1 Abs. 8 BEEG entfällt und reduziert diese Person ihre bisherige wöchentliche Arbeitszeit innerhalb der Grenzen von § 1 Abs. 1 Nr. 4. und Abs. 6 BEEG, ist der Versicherungsnehmer für die betroffene versicherte Person für die Zeit der reduzierten Arbeitszeit – maximal für sechs Monate – vom Beitrag befreit.

Der Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ändert sich in dieser Zeit nicht.

Um die Beitragsbefreiung zu erhalten, sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- Für die versicherte Person besteht seit mindestens acht Monaten vor der Geburt des Kindes bis zum Beginn der Beitragsbefreiung ununterbrochen Versicherungsschutz in einem Krankheitskostenvollversicherungstarif des Versicherers, der eine Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld vorsieht.
- Zu Beginn der Beitragsbefreiung sind die Beiträge vollständig entrichtet und die versicherte Person ist zu Beginn der Beitragsbefreiung nicht im Notlagentarif versichert.
- Für die versicherte Person besteht für den Tarif uni-Top|Privat keine Anwartschaftsversicherung.
- Die Beitragsbefreiung – gemäß Punkt a) – beginnt mit dem Ersten des Monats des Elterngeldbezugs. Eine Kopie des Elterngeldbescheids wird spätestens drei Monate nach dessen Ausstellungsdatum dem Versicherer vorgelegt. Nachträgliche Änderungen zur Dauer des Elterngeldbezugs müssen dem Versicherer unverzüglich angezeigt werden.
- Die Beitragsbefreiung – gemäß Punkt b) – beginnt mit dem Ersten des Monats der reduzierten Arbeitszeit. Das Vorliegen der Voraussetzungen – gemäß Punkt b) – sowie der Zeitraum der reduzierten Arbeitszeit sind vom Versicherungsnehmer innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Arbeitszeitreduzierung dem Versicherer gegenüber zu bestätigen. Nachträgliche Änderungen müssen dem Versicherer unverzüglich angezeigt werden. Der Versicherer ist berechtigt Nachweise zu verlangen.

Die Beitragsbefreiung kann unter den vorgenannten Voraussetzungen für insgesamt maximal sechs Monate je Geburt beantragt werden. Mehrlingsgeburten gelten als eine Geburt.

Für das im Tarif uni-Top|Privat im Rahmen der Kindernachversicherung nach § 2 Abs. 2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, mitversicherte neugeborene Kind wird die Versicherung im Tarif uni-Top|Privat ab dem ersten des auf die Geburt folgenden Monats für sechs Monate beitragsfrei geführt. Der Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ändert sich in dieser Zeit nicht.

Die Beitragsbefreiung nach Entbindung für das neugeborene Kind setzt voraus, dass für die versicherte Person (Elternteil) seit mindestens acht Monaten vor der Geburt des Kindes, für das die Beitragsbefreiung geltend gemacht wird, bis zum Beginn der Beitragsbefreiung ununterbrochen Versicherungsschutz in dem Tarif uni-Top|Privat besteht.

V Option auf Umstellung des Versicherungsschutzes

Zu Beginn des sechsten Versicherungsjahres des Tarifs uni-Top|Privat hat die versicherte Person das Recht auf Umstellung ihres Versicherungsschutzes in höherwertige oder anderweitige Kostentarife des Versicherers ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Für die versicherte Person besteht mit Tarif uni-Top|Privat erstmals eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer. Als erstmalige Krankheitskostenvollversicherung gilt die Versicherung in Tarif uni-Top|Privat auch dann, wenn eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer zuvor ausschließlich in Form einer Anwartschaftsversicherung oder ein anderer Tarif mit Anrecht auf eine substitutive Krankheitskostenvollversicherung geführt worden ist.
- Die Umstellung wird spätestens bis zum Stichtag beim Versicherer in Textform beantragt. Stichtag ist der Monatserste nach Ablauf des sechsten Versicherungsjahres im Tarif uni-Top|Privat.
- Das Versicherungsverhältnis nach Tarif uni-Top|Privat wurde für die versicherte Person nicht im Rahmen der Kindernachversicherung gemäß § 2 Abs. 2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I begründet.

Das Umstellungsrecht aus § 1 Abs. 6 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und II, bleibt unberührt.

VI Änderung und Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1 Änderung von § 8 a (1.2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

In Tarif uni-Top|Privat können Kinder zum Kinderbeitrag bis zum Ende des Monats versichert werden, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden. Der Kinderbeitrag entfällt mit Beginn des darauffolgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Jugendliche geltenden Beiträge zu zahlen. Jugendliche können zum Jugendlichenbeitrag bis zum Ende des Monats versichert werden, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden. Der Jugendlichenbeitrag entfällt mit Beginn des darauffolgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Erwachsene geltenden Beiträge zu zahlen. Das außerordentliche Kündigungsrecht ist in § 13 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und in Ziffer VI.2. geregelt.

2 Änderung von § 13 (4.1) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

Abweichend von § 13 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I kann der Versicherungsnehmer bei Entfall des Kinderbeitrages oder des Jugendlichenbeitrages gemäß Ziffer VI.1. das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person auch dann kündigen, wenn sich der Beitrag nicht erhöht.

VII Verzeichnis für Vorsorgeleistungen des Tarifs uni-Top|Privat

Die Erstattung der Kosten für die nachfolgend aufgeführten Vorsorgeleistungen wird nicht auf die Selbstbeteiligung sowie auf die garantierte Beitragsrückerstattung angerechnet.

Dies gilt nicht für Aufwendungen für weitere Diagnostik bzw. Behandlung, deren Bedarf sich im Rahmen einer Vorsorgeleistung nach diesem Verzeichnis ergibt.

a) Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten

Die Erstattung der Aufwendungen für die nachfolgend aufgeführten Maßnahmen erfolgt nur dann ohne Anrechnung auf die jeweilige Selbstbeteiligung sowie auf die garantierte Beitragsrückerstattung, falls die Kosten im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen entstehen. Dies setzt voraus, dass die hierfür eingereichten Rechnungen eine der führenden GOÄ-Ziffern 23 - 29 enthalten.

Bei Rechnungen für Osteoporose-Vorsorge, Hautkrebsfrüherkennung, Darmkrebsfrüherkennung, Mammografie-Screening, Chlamydien-Screening und den speziellen Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der gesetzlichen Kindervorsorgeprogramme reichen die im Verzeichnis bei den jeweiligen Untersuchungen aufgeführten GOÄ-Ziffern aus.

Spezielle Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der gesetzlichen Kindervorsorgeprogramme

Erweitertes Neugeborenen-Screening

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

Screening 5-q assoziierter Muskelatrophie

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

Früherkennung der Sichelzellkrankheit

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

Mukoviszidose-Screening

GOÄ-Ziffer	
3796A	Trypsin Mukoviszidose-Screening

Hüftscreening

GOÄ-Ziffer	
413	Ultraschalluntersuchung der Hüftgelenke

Hörscreening

GOÄ-Ziffern	
1409 oder 1401	Früherkennung von Hörstörungen bei Neugeborenen

Pulsoxymetrie-Screening zur Erkennung kritischer angeborener Herzfehler

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

Kindervorsorge/Jugendvorsorge

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

Schwangerschaftsvorsorge

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

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

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

Krebsvorsorge (für Frauen ab Alter 20, einmal jährlich)

GOÄ-Ziffern	
27	Untersuchung und Beratung einer Frau zur Krebsvorsorge
1070	Kolposkopie
4851 oder 4815A	Zytologische Untersuchung bei Frauen Dünnschichtzytologie[1])
298, 4783	Entnahme des Abstrichmaterials, HPV-Test erst ab Alter 35 in dreijährigen Abständen
250	Blutentnahme
3501	Blutsenkung
3503 - 3506	Blutbild
418	Ultraschalluntersuchung einer Brust mit zugehörigem axillärem Lymphstromgebiet[2])
420	Ultraschalluntersuchung der anderen Brust[2])
420	Ultraschalluntersuchung der Axilla der Gegenseite[2])

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

GOÄ-Ziffern	
298, 4504A	Chlamydien-Screening

Mammografie-Screening (für Frauen ab Alter 30 in dreijährigen, ab Alter 50 in zweijährigen Abständen)

GOÄ-Ziffern	
1	Aufklärungsgespräch
60A	Konsiliarische Erörterung
5266	Mammografie-Screening je Seite, in zwei Ebenen
5298	Zuschlag für digitale Radiografie

Hautkrebsfrüherkennung (ab Alter 35, jährlich)

GOÄ-Ziffern	
1	Beratung
7	Untersuchung, Hautorgan
750	Dermatoskopie

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

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

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

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

3583.H1	Bestimmung der Harnsäure

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

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

Krebsvorsorge (für Männer ab Alter 45, einmal jährlich)

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

Darmkrebsfrüherkennung (ab Alter 50)[3])

GOÄ-Ziffern	
1	Beratung
3735A oder	Untersuchung auf verborgenes Blut
3736A	im Stuhl
687	Darmspiegelung zur Darmkrebsfrüherkennung
261	Injektion zur Sedierung einschließlich Sachkosten

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

GOÄ-Ziffern	
5380	Osteodensitometrie
410	Ultraschalluntersuchung

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

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

Hinweise zur Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen:

[1)] von Alter 20 bis Alter 34 jährliche Untersuchung, ab Alter 35 in dreijährigen Abständen

[2)] von Alter 30 bis Alter 49 in dreijährigen Abständen, ab Alter 50 in zweijährigen Abständen

[3)] von Alter 50 bis Alter 54 jährliche Untersuchung auf Blut im Stuhl, ab Alter 55 in zweijährigen Abständen
oder ab Alter 50 insgesamt zwei Darmspiegelungen (zweite Darmspiegelung zehn Jahre nach der ersten)

b) Zahnprophylaktische Leistungen

Die Erstattung der Kosten für die nachfolgend aufgeführten Maßnahmen erfolgt nur dann ohne Anrechnung auf die jeweilige Selbstbeteiligung sowie auf die erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung (garantierte BRE), falls die Kosten im Rahmen von zahnprophylaktischen Leistungen entstehen.

GOZ-Ziffern	
0010	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefunds sowie Aufzeichnung des Befunds
1000	Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und Parodontale Erkrankungen
1010	Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Unterweisung
1020	Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung, mit Lack oder Gel, je Sitzung
1030	Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger, je Kiefer
1040	Professionelle Zahnreinigung

GOÄ-Ziffer	
Ä1	Beratung, auch telefonisch

c) Präventionskurse

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Präventionskurse, die der Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken sowie der Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns dienen und von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert sind.

Die Erstattung erfolgt zu 100 % für bis zu zwei Präventionskurse und bis auf 200 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.

Voraussetzung der Erstattung ist, dass eine mindestens 80-prozentige Teilnahme nachgewiesen wird.

Für Kurseinheiten, die bereits vor Versicherungsbeginn stattgefunden haben, erfolgt keine Erstattung.

VIII Anpassung des Versicherungsschutzes

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 Abs. 1 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge sowie im Verzeichnis für Vorsorgeleistungen nach Ziffer VII aufgeführten Maßnahmen mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen im Gesundheitswesen anzupassen. Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers und der Mitteilung der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht zum Vorteil des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

KVB-055 11.19

Tarif uni-VE

für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

Leistungen des Versicherers

1 Ambulante Heilbehandlung

1.1 Erstattet werden die Aufwendungen für

- Untersuchung, Behandlung und Geburtshilfe (auch Hausgeburt) durch Ärzte,
- Pränataldiagnostik bei Vorliegen von Risikofaktoren in der Schwangerschaft,
- ambulante Operationen,
- Labor- und Röntgendiagnostik durch Ärzte,
- Blutdialyse (künstliche Niere),
- Psychotherapie gemäß 1.2,
- Wegegeld des Arztes für den Weg, den der nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Arzt zurücklegen müsste,
- Fahrten und Transporte in Notfällen und bei ärztlich attestierter Gehunfähigkeit zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Arzt bzw. Heilpraktiker oder zur ambulanten Behandlung in das nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus,
- Strahlenbehandlung,
- Arzneien und Verbandmittel,
- Behandlung und Untersuchung durch Heilpraktiker,
- Geburtshilfe (auch Hausgeburt) durch Hebammen bzw. Entbindungspfleger einschließlich einer entsprechend den Bestimmungen in der gesetzlichen Krankenversicherung in Rechnung gestellten Betriebskostenpauschale bei Entbindung in einem Geburtshaus,
- Vorsorgemaßnahmen zusammen bis zu 500 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren, soweit sie den Leistungsumfang im Sinne von § 1 (2) b) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, übersteigen (hierzu gehören z. B. Schutzimpfungen gegen Hepatitis, Tollwut bei Tierhaltern und Jägern, Cholera, Typhus, Gelbfieber, Malaria und andere Tropenkrankheiten, Kurse und Gymnastik zur Geburtsvorbereitung und Rückbildung, Vorsorgekuren),
- Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge,
- Schutzimpfungen (einschließlich Impfstoff) nach dem jeweils aktuellen Impfkalender (Standardimpfungen) der Ständigen Impfkommision beim Robert-Koch-Institut (STIKO) für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene,
- Operationen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (Maßnahmen der refraktiven Chirurgie) einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen (hierzu gehören z. B. LASIK-Operationen, Femto-LASIK-Behandlungen, LASEK/PRK-Operationen, Clear-Lens-Exchange).

- kleinere Hilfsmittel.
  Das sind:
  - Blutzuckermessgerät,
  - Bruchbänder,
  - Bandagen,
  - Einlagen,
  - Leibbinden,
  - Kompressionsstrümpfe und
  - Verbrauchsartikel im Rahmen einer Stomaversorgung.

- Sehhilfen zusammen bis zu 310 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren (bei Vereinbarung der Tarifstufe uni-VE 900 K vgl. 10.2).
  Hierzu gehören z.B.:
  - Brillengläser,
  - Brillengestelle,
  - Kontaktlinsen.

- weitere Hilfsmittel einmal innerhalb eines Kalenderjahres.
  Hierzu gehören z.B.:
  - orthopädische Schuhe,
  - Hörhilfe (elektronisches Hörgerät),
  - Heimdialysegerät bei Nierenversagen,
  - Körperersatzstücke,
  - Krankenfahrstuhl,
  - elektronische Sprechhilfe nach Kehlkopfoperationen,
  - Blindenhund,
  - Haarersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellendem Unfall, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
  - Gehapparat (Rollator, Deltarad, Gehgestell),
  - Gehstützen,
  - Stützapparate einschließlich Liegeschalen,
  - Blutgerinnungsmessgerät bei erforderlicher Dauerantikoagulation und künstlichem Herzklappenersatz,
  - lebenserhaltende Hilfsmittel.

Anstelle der Anschaffungskosten sind auch die Kosten für die Miete bzw. Instandsetzung erstattungsfähig, soweit sie nicht höher als die Anschaffungskosten sind und sich durch die Miete bzw. Instandsetzung eine Anschaffung erübrigt. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für die Unterweisung im Gebrauch und für die Wartung von Hilfsmitteln sowie die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung, z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher, sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.

- Heilmittel;
  zu den Heilmitteln gehören insbesondere:
  - Inhalationen,
  - Übungsbehandlungen (z.B. Krankengymnastik, medizinische Trainingstherapie),
  - Osteopathie bei orthopädischen Erkrankungen,
  - Massagen,
  - Hydrotherapie, Packungen und medizinische Bäder,
  - Kälte- und Wärmebehandlungen,
  - Elektro- und Lichttherapie,
  - Stimm-, Sprech- und Sprachübungen (Logopädie),
  - Ergotherapie,
  - Hippotherapie,
  - medizinische Fußpflege (Podologie),

  einschließlich ärztlich verordneter medizinisch notwendiger Hausbesuche und Fahrtkosten bei ärztlich verordneten medizinisch notwendigen Hausbesuchen.

- ambulante Kurbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort. Hierzu gehören die bei einer ärztlich verordneten und ambulant durchgeführten Kur anfallenden ärztlichen Leistungen, Arznei-, Verband- und Heilmittel. Für Entziehungskuren bleibt § 5 (1) b) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, und § 5 (1.2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II, unberührt.

- Erstattungsfähig sind der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport zu einer Dialysebehandlung, einer Chemo- oder Strahlenbehandlung, wenn der Versicherer vor Beginn des Transports eine schriftliche Zusage erteilt hat.

- Erstattungsfähig ist der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist.

- Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztlich verordnete, medizinisch notwendige häusliche Behandlungspflege (z. B. Verbandswechsel, Wundversorgung, Katheterwechsel, Injektionen) durch staatlich geprüfte Pflegefachkräfte mit dem Ziel die ärztliche Behandlung zu sichern (Sicherungspflege) oder eine Krankenhausbehandlung zu vermeiden bzw. zu verkürzen (Krankenhausvermeidungspflege). Versichert sind dabei alle Verrichtungen, die auch ein Arzt nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erbringen darf. Die Aufwendungen für einzelne Verrichtungen dürfen nicht höher sein als vergleichbare ärztliche Leistungen.

- Erstattungsfähig sind die Kosten für ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen.

- Erstattungsfähig sind die Kosten für sozialpädiatrische Behandlung im Sinne von § 119 SGB V sowie für Frühförderungsbehandlungen

im Sinne der Frühförderungsverordnung in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der privaten oder der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen. Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

1.2 Leistungsvoraussetzungen bei ambulanter Psychotherapie

1.2.1 Die versicherte Person, hat unbeschadet der Regelung gemäß 1.2.2, die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Fachärzten für „Psychotherapie", „Psychotherapeutische Medizin" und „Kinder- und Jugendpsychotherapie" sowie Ärzten, die zur Führung der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" bzw. „Psychoanalyse" berechtigt sind.

1.2.2 Weiterhin sind die für eine Behandlung durch niedergelassene approbierte „Psychologische Psychotherapeuten" oder „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten" anfallenden Kosten erstattungsfähig.

1.2.3 Erstattungsfähig bei ambulanter Psychotherapie sind insgesamt bis zu 50 Sitzungen pro Kalenderjahr.

1.3 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- Nähr-, Stärkungs-, Anregungsmittel und ähnliche Mittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten (keine Nähr- und Stärkungsmittel in diesem Sinne sind Mittel zur enteralen und parenteralen Ernährung (künstliche Ernährung) sowie Mittel die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden),

- Badezusätze, Desinfektions-, kosmetische und empfängnisverhütende Mittel, Brunnenkuren und Mineralwässer sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden.

- Beschaffung oder Miete aller Arten von Heilapparaten, sanitären und medizinischen Bedarfsartikeln,

- Ausführungen von Hilfsmitteln, wenn diese keinen objektiven Nutzen zum Ausgleich einer Behinderung haben,

- Unterhaltungs- und Betriebskosten für Hilfsmittel,

- Pflegehilfsmittel, auf die ein Anspruch aus der Pflegepflichtversicherung besteht,

- Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen sowie Ersatzbatterien und Ladegeräte für elektrische und elektronische Geräte,

- sonstige Hin- und Rückfahrten zum Arzt und zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus,

- Beseitigung von Schönheitsfehlern. Hierzu zählen nicht medizinisch notwendige kosmetische Behandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen.

- psychotherapeutische Behandlung durch Heilpraktiker, es sei denn, diese sind gleichzeitig niedergelassene approbierte „Psychologische Psychotherapeuten" oder „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten" im Sinne von 1.2.2.

2 Zahnärztliche und kieferorthopädische Heilbehandlung

2.1 Erstattet werden die Aufwendungen einschließlich der zugehörigen zahntechnischen Material- und Laborkosten sowie die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorgesehenen Zusatz- und Begleitleistungen (z. B. OP-Mikroskop, Anwendung eines Lasers) für:

2.1.1 Vorbeugende Maßnahmen

Kosten für vorbeugende zahnärztliche Maßnahmen sind die Gebühren zur Erstellung eines Mundhygienestatus, Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen (professionelle Zahnreinigung/Zahnprophylaxe).

2.1.2 Zahnbehandlung

Kosten für Zahnbehandlung sind die Gebühren für allgemeine, konservierende (außer bei der Versorgung mit Kronen) und chirurgische zahnärztliche Leistungen sowie für Maßnahmen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums.

Hierzu gehören insbesondere auch:
- plastische Füllungen (z. B. lichthärtende Composites, dentin-adhäsive Füllungen),
- Inlays (Einlagefüllungen) aus Metall, Kunststoff oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren),
- Parodontosebehandlungen mittels PerioChip,
- mikroinvasive Kariesinfiltrationen (z. B. ICON).

2.1.3 Zahn- und Kieferregulierung

Kosten für Zahn- und Kieferregulierung sind die Gebühren für zahnärztliche bzw. kieferorthopädische Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen.

2.1.4 Zahnersatz

Kosten für Zahnersatz sind die Gebühren für prothetische Leistungen, Kronen und Implantate, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und die erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen.

Hierzu gehören insbesondere auch:
- Keramikverblendschalen (Veneers), z. B. bei Zahnhartsubstanzdefekten oder freiliegenden Zahnhälsen,
- Kunststoff- und Keramikverblendungen,
- Kronen aus Metall oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren),
- augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial sowie die Therapieformen einer Knochenspreizung, Knochenverlängerung und Sinuslift),
- DROS-Schienen.

2.1.5 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Kosten für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind die Gebühren für zahnärztliche Maßnahmen, um Störungen der Funktion der Kiefergelenke, der Kaumuskulatur und der Zähne zu diagnostizieren, zu beheben oder zu bessern.

2.2 Leistungshöchstsätze

2.2.1 Für die erstattungsfähigen Kosten der unter 2.1 genannten Maßnahmen gelten folgende Leistungshöchstsätze:

3.100 EUR	insgesamt für alle Maßnahmen der ersten drei Kalenderjahre,
7.700 EUR	insgesamt für alle Maßnahmen der ersten fünf Kalenderjahre,
15.400 EUR	insgesamt für alle Maßnahmen der ersten sieben Kalenderjahre.

Ab dem achten Kalenderjahr beträgt der Leistungshöchstsatz für jeweils drei Kalenderjahre zusammen 15.400 EUR. Hierbei werden die erstattungsfähigen Kosten des Kalenderjahres, in dem die Behandlung stattfand und die erstattungsfähigen Kosten der beiden vorhergehenden Kalenderjahre zusammengerechnet.

2.2.2 Auf die Höchstsätze der jeweiligen Kalenderjahre werden zuerst die erstattungsfähigen Beträge für Zahnbehandlung/vorbeugende Maßnahmen/Zahn- und Kieferregulierung und danach die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz/funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen angerechnet.

2.2.3 Werden zahnärztliche bzw. kieferorthopädische Behandlungen aufgrund eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls notwendig, entfallen dafür die Jahreshöchstsätze. Die Erstattung für solche Maßnahmen wird auf die jeweiligen Jahreshöchstsätze nicht angerechnet.

2.2.4 Material- und Laborkosten werden für die Berücksichtigung von Jahreshöchstsätzen dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem die angefertigten Materialien vom Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden eingegliedert werden.

2.3 Leistungsvoraussetzung

2.3.1 Für Zahnersatz wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplanes des Zahnarztes dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind.

2.3.2 Wird vor Beginn der Behandlung keine schriftliche Zusage eingeholt, be-

trägt der Erstattungsprozentsatz abweichend von Ziffer 6 c) 40 Prozent.

2.3.3 Die Leistungsvoraussetzung gilt nicht bei Anfertigung einer Einzelkrone.

3 Stationäre Heilbehandlung

3.1 Kostenerstattung

3.1.1 Erstattungsfähig sind

a) die vom Krankenhaus berechneten Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz und gesondert berechenbare Belegarzthonorare,

b) die vom Krankenhaus gesondert berechneten Kosten für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz,

c) Arzthonorare,

d) Krankentransportkosten zum und vom nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus in einem hierfür vorgesehenen Spezialfahrzeug (einschließlich Rettungshubschrauber).

Zu den erstattungsfähigen Kosten gehören auch Aufwendungen für
- Isotopenbehandlungen,
- Herz-Lungenmaschine,
- Herzschrittmacher,
- stationäre Blutdialyse (künstliche Niere),
- Organverpflanzungen,
- künstliche Gelenke,
- Behandlungen in der Intensivstation,
- teilstationäre Behandlungen,
- vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115 a SGB V,
- die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten. Eine aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme liegt in der Regel dann vor, wenn der Patient zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Zu den erstattungsfähigen Kosten gemäß 3.1.1. gehören auch Aufwendungen für stationäre Psychotherapie.

3.1.2 Falls von einem Krankenhaus nicht nach der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet wird, gelten die Leistungen für die „1. Klasse" oder die „2. Klasse".

3.1.3 Tritt der Versicherungsnehmer mit Zustimmung des Versicherers seine Leistungsansprüche an das Krankenhaus ab und gibt der Versicherer dem Krankenhaus gegenüber eine entsprechende Kostenzusage, kann der Versicherer diese Kostenzusage auch ohne Einschränkung der Selbstbeteiligung gemäß Ziffer 7 geben. Eine solche Kostenzusage bedeutet jedoch keinen Verzicht auf die Selbstbeteiligung. Die Selbstbeteiligung wird in einem solchen Fall mit anderen Versicherungsleistungen - auch aus sonstigen Tarifen - verrechnet oder dem Versicherungsnehmer direkt in Rechnung gestellt. Die Regelungen dieses Absatzes gelten sinngemäß bei der Verwendung der "Card für Privatversicherte".

3.2 Krankenhaustagegeld neben Kostenerstattung gemäß 3.1

Zum Ausgleich ersparter Kosten besteht bei teilweisem Verzicht auf versicherte Leistungen neben der Kostenerstattung gemäß 3.1 für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus mit Ausnahme des Entlassungstages Anspruch auf folgende Krankenhaustagegelder:

a) Bei Verzicht auf gesondert berechenbare Kosten für die Unterbringung im Ein- und Zweibettzimmer gemäß 3.1.1 b) 40 EUR

b) Bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung (Arzthonorare) gemäß 3.1.1 c) 60 EUR

Wird auf beide Leistungen verzichtet, beträgt das Krankenhaustagegeld 100 EUR.

3.3 Krankenhaustagegeld anstelle von Kostenerstattung gemäß 3.1

Bei Verzicht auf jegliche Kostenerstattung gemäß 3.1 zahlt der Versicherer mit Ausnahme des Entlassungstages für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 225 EUR.

3.4 Die Krankenhaustagegelder werden auf die Selbstbeteiligung gemäß Ziffer 7 angerechnet.

3.5 Lebendorgan- oder Stammzellenspende

Erstattungsfähig sind bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung Kosten für den Spender einer Lebendorgan- oder Stammzellenspende, wenn der Empfänger der Spende in diesem Tarif versichert ist.

Erstattungsfähig sind die Kosten (hierzu gehören auch Kosten für Komplikationen, die sich unmittelbar aus der Organspende ergeben) im vertraglichen Umfang für die erforderliche

- ambulante Behandlung
- stationäre Behandlung

Erstattungsfähig sind auch die Fahrt-, Transport- und Reisekosten, die unmittelbar mit der medizinischen Behandlung in Zusammenhang stehen. Im Zuge einer Lebendorganspende werden darüber hinaus erstattet

- die auf Grund der Organspende erforderlichen ambulanten oder stationären Rehabilitationsbehandlungen des Organspenders,

- die Kosten für die Nachbetreuung, wenn sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat,

- der nachgewiesene tatsächliche Verdienstausfall und die von dem Organspender geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung. Hierzu zählen auch die Beiträge für eine substitutive private Krankenversicherung und für die private Pflegepflichtversicherung.

Tarifliche Selbstbehalte/Eigenleistungen wirken sich nicht zu Lasten des Organspenders aus.

4 Krankenrücktransport aus dem Ausland

4.1 Bei akut eingetretenen Krankheiten und Unfällen während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes sind die Kosten eines medizinisch sinnvollen und wirtschaftlich vertretbaren Krankenrücktransportes einschließlich der Aufwendungen für eine Begleitperson nach folgenden Regelungen erstattungsfähig.

4.1.1 Für chronische Erkrankungen und für bei Beginn des Auslandsaufenthaltes behandlungsbedürftige oder in Heilbehandlung stehende Krankheiten besteht Versicherungsschutz für Krankenrücktransporte insoweit, als im Ausland akut und unvorhersehbar eine erhebliche Verschlimmerung eintritt.

4.2 Die Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, werden von den erstattungsfähigen Kosten abgezogen.

4.3 Die Kosten für die Begleitperson werden nur erstattet, wenn sich diese Person bei Eintritt der Umstände, die den Krankenrücktransport erforderlich machen, vorübergehend im Reiseland der versicherten Person aufhält und während ihrer Reise selbst bei der uniVersa für Krankenrücktransporte aus dem Ausland versichert ist.

4.4 Ein Krankenrücktransport im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn er mit einem dafür geeigneten Spezialfahrzeug oder Spezialflugzeug (einschließlich Rettungshubschrauber) durchgeführt wird.

4.5 Bei Vorliegen der Voraussetzungen hat der Versicherte die Wahl, den Krankenrücktransport zu seinem Wohnsitz oder zu dem von dort aus nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus durchführen zu lassen.

5 Erstattungsfähigkeit bei Rechnungen von Heilbehandlern

5.1 Ärzte, Zahnärzte, Hebammen

Die Kosten für erbrachte Leistungen sind dann erstattungsfähig, wenn und soweit sie nach den gültigen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ) und Hebammen berechnet sind bzw. analog berechnet werden können.

5.1.1 Bei einer stationären Heilbehandlung im Krankenhaus werden die Kosten für die vom liquidationsberechtigten Chefarzt höchstpersönlich erbrachte Leistung der Operation selbst im tariflichen Rahmen bis zum

5fachen Satz der in der GOÄ für die Operation vorgesehenen Gebührenposition erstattet, wenn eine rechtsgültige individuelle "abweichende Vereinbarung" gemäß § 2 der GOÄ getroffen wurde. Das gilt jedoch nicht für sonstige, im Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen aufgeführte Nummern, insbesondere operationsvorbereitende und -begleitende ärztliche Leistungen einschließlich Narkose.

5.1.2 Bei Leistungen nach Ziffer 2 (zahnärztliche und kieferorthopädische Heilbehandlung) ist der erstattungsfähige Betrag im Rahmen der Leistungshöchstsätze gemäß Ziffer 2.2 auf den Höchstsatz (3,5-, 2,5- bzw. 1,3facher Satz) der GOZ bzw. GOÄ begrenzt. Abweichend davon ist jedoch ein Honorar bis zum 5fachen Satz der GOZ bzw. GOÄ erstattungsfähig, wenn

a) innerhalb von drei Jahren nach einer Implantatversorgung aus zwingenden medizinischen Gründen ein Implantat wieder entfernt werden muss und in diesem Zusammenhang die Nummer 3000, 3030, 9010 bzw. 9170 des Gebührenverzeichnisses der GOZ berechnet wird;

b) ein extrem verlagerter oder retinierter Weisheitszahn durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstrukturen entfernt und deswegen die Nummer 3045 des Gebührenverzeichnisses der GOZ berechnet wird.

Voraussetzung ist außerdem, dass eine rechtsgültige individuelle „abweichende Vereinbarung" gemäß § 2 der GOZ bzw. GOÄ getroffen wurde. Der bis zu 5fache Satz ist für die in a) und b) genannten Nummern erstattungsfähig, nicht jedoch für sonstige, in den Gebührenverzeichnissen enthaltene Zuschläge und Nummern, insbesondere für operationsvorbereitende und -begleitende Verrichtungen einschließlich Narkose.

5.1.3 Die Kosten für im Ausland erbrachte Leistungen von den in Abschnitt 5.1 genannten Heilbehandlern sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie nicht nach den in Deutschland gültigen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ) und Hebammen berechnet sind. Die Erstattungsfähigkeit der Kosten beurteilt sich dann nach den im jeweiligen Land für Privatpatienten geltenden gebührenrechtlichen Regelungen. Bei Fehlen solcher Regelungen bemessen sich die erstattungsfähigen Kosten nach der jeweils landesüblichen Gebührenhöhe für vergleichbare Leistungen.

5.2 Heilpraktiker

Leistungen des Heilpraktikers sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die bei einem Arzt für eine vergleichbare Verrichtung bis zum Regelhöchstsatz (2,3-, 1,8- bzw. 1,15facher Satz) der GOÄ erstattungsfähig wäre.

6 Erstattungsprozentsatz

Die Versicherungsleistungen werden von den erstattungsfähigen Kosten unter Berücksichtigung eventueller Höchstsätze zu den folgenden Prozentsätzen abzüglich der Selbstbeteiligung erstattet:

		Erstattungsprozentsatz
a)	Ambulante Heilbehandlung	
	Tarifstufe uni-VE 1300 G	100 %
	Tarifstufe uni-VE 2000 G	100 %
	Tarifstufe uni-VE 1300 H	100 %
	Tarifstufe uni-VE 2000 H	100 %
	Tarifstufe uni-VE 900 K	100 % / 80 % siehe 10.1 a) – l)
b)	Vorbeugende Maßnahmen, Zahnbehandlung, Zahn- und Kieferregulierung	100 %
c)	Zahnersatz, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen	80 %*)
d)	Stationäre Heilbehandlung	100 %
e)	Krankenrücktransport aus dem Ausland	100 %

*) Ziffer 2.3.2 bleibt unberührt.

7 Selbstbeteiligung

Abweichend von § 4 (1.1) Satz 1 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II, wird die jährliche Selbstbeteiligung von dem gemäß Ziffer 6 berechneten Betrag abgezogen. Sie beträgt für jedes Kalenderjahr

- in der Tarifstufe uni-VE 1300 G 1.300 EUR,
- in der Tarifstufe uni-VE 2000 G 2.000 EUR,
- in der Tarifstufe uni-VE 1300 H 1.300 EUR,
- in der Tarifstufe uni-VE 2000 H 2.000 EUR,
- in der Tarifstufe uni-VE 900 K 900 EUR.

Die Selbstbeteiligung verringert sich jedoch in den Tarifstufen uni-VE 1300 H und uni-VE 2000 H um die Hälfte

a) für Kinder bis einschließlich dem Kalenderjahr, das vor Vollendung des 16. Lebensjahres liegt,

b) ab dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person ihr 65. Lebensjahr vollendet.

In den Tarifstufen uni-VE 1300 G, uni-VE 2000 G und uni-VE 900 K verringert sich die Selbstbeteiligung nicht um die Hälfte.

8 Anpassung der Höchstsätze

Bei einer Beitragsanpassung nach § 8 b Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I bzw. II, prüft der Versicherer, ob und inwieweit die im Tarif festgelegten betragsmäßigen Höchstsätze anzupassen sind.

Diese Anpassungen sind nur zulässig, wenn ein unabhängiger Treuhänder ihre Angemessenheit überprüft und den Änderungen zugestimmt hat.

9 Kalenderjahresregelung

9.1 Sind in diesem Tarif Höchstsätze nach Kalenderjahren vorgesehen, gelten diese jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres. Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr.

9.2 Beginnt die Tarifstufe uni-VE 900 K nicht am 1. Januar eines Jahres wird der Betrag nach 10.1 e) für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden am vollen Kalenderjahr fehlenden Monat gemindert.

10 Leistungsbesonderheiten der Tarifstufe uni-VE 900 K

10.1 Der Erstattungsprozentsatz für ambulante Heilbehandlung beträgt:

a) 100 % für Untersuchung, Behandlung, Geburtshilfe, Labor- und Röntgendiagnostik durch Ärzte, Blutdialyse, Strahlenbehandlung und Wegegeld gemäß 1.1, wenn die Behandlung durch einen Primärarzt erfolgt (Primärarztprinzip). Als Primärarzt gelten ausschließlich der

- Hausarzt (Facharzt für Innere- und Allgemeinmedizin bzw. Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. praktischer Arzt, jeweils ohne weitere Facharztbezeichnung),
- Augenarzt,
- Frauenarzt,
- Kinderarzt ohne Schwerpunktbezeichnung[1]
- Notarzt oder
- Bereitschaftsarzt.

Der Hausarzt ist dem Versicherer im Versicherungsantrag, spätestens aber bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen aus diesem Tarif sowie vor einem Wechsel des Hausarztes mit Name und Adresse in Textform zu benennen.

Im besonders begründeten Ausnahmefall kann durch eine schriftliche Vereinbarung mit dem Versicherer abweichend ein hausärztlich tätiger Internist ohne Schwerpunktbezeichnung[2] als Hausarzt festgelegt werden.

[1] Schwerpunktbezeichnungen von Kinderärzten sind z.B.: Kinder-Hämatologie und -Onkologie, Kinder-Kardiologie, Neonatologie, Neopädiatrie

[2] Schwerpunktbezeichnungen von Internisten sind z.B.: Angiologie, Endokrinologie und Diabetologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie

100 % wenn die Heilbehandlung zwar durch einen nicht als Primärarzt geltenden Facharzt erfolgt, diese aber zuvor von einem Primärarzt veranlasst wurde (Überweisung).

Die Überweisung durch den Primärarzt ist dem Versicherer zusammen mit der Facharztrechnung vorzulegen.

Bei Behandlungen durch einen Not- oder Bereitschaftsarzt muss aus der Rechnung hervorgehen, dass es sich um eine Behandlung im Rahmen eines Not- bzw. Bereitschaftsdienstes handelt.

100 % für Geburtshilfe

b) 80 % für Untersuchung, Behandlung, Labor- und Röntgendiagnostik durch Ärzte, Blutdialyse, Strahlenbehandlung und Wegegeld gemäß 1.1, wenn die Heilbehandlung durch einen nicht als Primärarzt geltenden Facharzt ohne vorherige Überweisung eines Primärarztes erfolgt sowie

bei ärztlicher Heilbehandlung im europäischen und außereuropäischen Ausland.

c) 80 % für Psychotherapie, auch dann, wenn ein Arzt nach 10.1 a) die Erstbehandlung durchführt.

d) 100 % für Notfalltransporte gemäß 1.1.

e) 100 % für Arzneien und Verbandmittel

f) 80 % für Behandlung und Untersuchung durch Heilpraktiker.

g) 100 % für Geburtshilfe (auch Hausgeburt) durch Hebammen bzw. Entbindungspfleger.

h) 100 % für Vorsorgemaßnahmen gemäß 1.1.

i) 100 % für „kleinere Hilfsmittel“ gemäß 1.1.

j) 100 % für „weitere Hilfsmittel“ gemäß 1.1, sofern die Anschaffungskosten für das Hilfsmittel 180 EUR nicht überschreiten.

100 % für „weitere Hilfsmittel“ gemäß 1.1, wenn das Hilfsmittel, dessen Anschaffungskosten 180 EUR übersteigen,

- über einen Vertragspartner der uniVersa gekauft wird,
- nicht über einen Vertragspartner der uniVersa gekauft wird, die uniVersa jedoch vor dem Kauf aufgrund eines Kostenvoranschlages schriftlich zugestimmt hat,
- vom Hersteller oder vom Fachhandel (Sanitätshaus, Medizintechnik o. ä.) gemietet wird,

und zu

80 % wenn das Hilfsmittel auf andere Weise beschafft wird.

100 % für die Instandsetzung von Hilfsmitteln.

k) 100 % für Heilmittel bis zu einer Höhe von insgesamt 360 EUR je Person und Kalenderjahr und zu

80 % für darüber hinaus gehende Aufwendungen für Heilmittel.

l) 80 % für „ambulante Kurbehandlung“ gemäß 1.1; für Entziehungskuren bleibt § 5 (1) b) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, und § 5 (1.2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II, unberührt.

10.2 Der Höchstsatz für Sehhilfen gemäß 1.1 umfasst auch die Aufwendungen für

- Refraktionsbestimmungen (Bestimmung der Lichtbrechung des Auges, Sehleistung) durch Augenoptiker und
- Maßnahmen der refraktiven Chirurgie (Operation der Augen zur Korrektur von Fehlsichtigkeiten, z. B. mittels Laser).

10.3 GKV-WSG

Die tarifliche Eigenleistung gemäß 7, 10.1 b), c), e), f), j), k) und l) ist in der Tarifstufe uni-VE 900 K je versicherte Person und Kalenderjahr insgesamt auf die in § 193 Abs. 3 VVG (s. Anhang) festgelegte maximale betragsmäßige Auswirkung begrenzt.

KVB-056 05.24

Tarif uni-intro|Privat

für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung mit Optionsrechten

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

I Leistungen des Versicherers

1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.1 Selbstbeteiligung

Die sich gemäß Abschnitt I.1.2 bis I.1.4 und Abschnitt II ergebende Versicherungsleistung wird um eine Selbstbeteiligung gekürzt. Diese beträgt pro versicherte Person und Kalenderjahr in Tarifstufe uni-intro|Privat 300: 300 EUR und in Tarifstufe uni-intro|Privat 600: 600 EUR.

1.2 Ambulante Heilbehandlung, Entbindung und Vorsorge

1.2.1 Erstattet werden Aufwendungen für

a) ambulante Untersuchung, Heilbehandlung, Operationen und Geburtshilfe (auch Hausgeburt) durch Ärzte (psychotherapeutische Behandlung siehe Abschnitt I.1.2.1 c)) zu

100 %, wenn die Heilbehandlung durch einen Primärarzt erfolgt (Primärarztprinzip). Als Primärarzt gelten ausschließlich der
- Hausarzt (Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin bzw. Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. praktischer Arzt – jeweils ohne weitere Facharztbezeichnung),
- Augenarzt,
- Frauenarzt,
- Kinderarzt ohne Schwerpunktbezeichnung[1],
- Notarzt oder
- Bereitschaftsarzt.

Der Hausarzt ist dem Versicherer im Versicherungsantrag, spätestens aber bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen aus diesem Tarif sowie vor einem Wechsel des Hausarztes mit Name und Adresse in Textform zu benennen.

Im besonders begründeten Ausnahmefall kann durch eine schriftliche Vereinbarung mit dem Versicherer abweichend ein hausärztlich tätiger Internist ohne Schwerpunktbezeichnung[2] als Hausarzt festgelegt werden.

100 %, wenn die Heilbehandlung zwar durch einen nicht als Primärarzt geltenden Facharzt erfolgt, diese aber zuvor von einem Primärarzt veranlasst wurde (Überweisung). Die Überweisung durch den Primärarzt ist dem Versicherer zusammen mit der Facharztrechnung vorzulegen.

Bei Behandlungen durch einen Not- oder Bereitschaftsarzt muss aus der Rechnung hervorgehen, dass es sich um eine Behandlung im Rahmen eines Not- bzw. Bereitschaftsdienstes handelt.

75 %, wenn die Heilbehandlung durch einen nicht als Primärarzt geltenden Facharzt ohne vorherige Überweisung eines Primärarztes erfolgt.

75 % bei ärztlicher Heilbehandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

100 % für Geburtshilfe.

b) ambulante Untersuchung und Heilbehandlung durch Heilpraktiker zu

75 %.

c) ambulante psychotherapeutische Behandlung durch Ärzte (auch Primärarzt) oder approbierte psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – maximal 50 Sitzungen pro Kalenderjahr – zu

75 %.

d) ambulante Geburtshilfe (auch Hausgeburt) durch Hebamme bzw. Entbindungspfleger einschließlich einer entsprechend den Bestimmungen in der gesetzlichen Krankenversicherung in Rechnung gestellten Betriebskostenpauschale bei Entbindung in einem Geburtshaus zu

100 %.

e) Arznei- und Verbandmittel zu

75 %, wobei der 25 %ige Eigenanteil auf einen Höchstbetrag von 625 EUR pro versicherte Person und Kalenderjahr begrenzt ist;

100 % ab Überschreiten des Eigenanteils von 625 EUR.

f) Heilmittel zu

75 %, auch wenn sie von einem Primärarzt erbracht werden.

Zu den Heilmitteln gehören insbesondere
- Inhalationen,
- Übungsbehandlungen (z.B. Krankengymnastik, medizinische Trainingstherapie),
- Osteopathie bei orthopädischen Erkrankungen,
- Massagen,
- Hydrotherapie, Packungen und medizinische Bäder,
- Kälte- und Wärmebehandlungen,
- Elektro- und Lichttherapie,
- Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen (Logopädie),
- Ergotherapie,
- Hippotherapie,
- medizinische Fußpflege (Podologie),

einschließlich ärztlich verordneter medizinisch notwendiger Hausbesuche und Fahrtkosten bei ärztlich verordneten medizinisch notwendigen Hausbesuchen.

g) kleinere Hilfsmittel zu

75 %.

Kleinere Hilfsmittel sind
- Blutzuckermessgerät,
- Bruchbänder,
- Bandagen,
- Einlagen,
- Leibbinden,
- Kompressionsstrümpfe und
- Verbrauchsartikel im Rahmen einer Stomaversorgung.

h) weitere Hilfsmittel (zu Sehhilfen siehe 1.2.1 i) – jeweils einmal innerhalb eines Kalenderjahres – und die Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge zu

75 %, wobei der 25 %ige Eigenanteil auf einen Höchstbetrag von 1.000 EUR pro versicherte Person und Kalenderjahr begrenzt ist;

100 % ab Überschreiten des Eigenanteils von 1.000 EUR.

[1] Schwerpunktbezeichnungen von Kinderärzten sind z.B.: Kinder-Hämatologie und -Onkologie, Kinder-Kardiologie, Neonatologie, Neopädiatrie

[2] Schwerpunktbezeichnungen von Internisten sind z.B.: Angiologie, Endokrinologie und Diabetologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie

Zu den weiteren Hilfsmittel gehören z.B.
- orthopädische Schuhe,
- Hörhilfe (elektronisches Hörgerät),
- Heimdialysegerät bei Nierenversagen,
- Körperersatzstücke,
- Krankenfahrstuhl,
- elektronische Sprechhilfe nach Kehlkopfoperation,
- Blindenführhund (Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Anschaffung und Ausbildung bzw. Einarbeitung.),
- Haarersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
- Gehapparat (Rollator, Deltarad, Gehgestell),
- Gehstützen,
- Stützapparate einschließlich Liegeschalen,
- Blutgerinnungsmessgerät bei erforderlicher Dauerantikoagulation und künstlichem Herzklappenersatz,
- lebenserhaltende Hilfsmittel.

Anstelle der Anschaffungskosten sind auch die Kosten für die Miete bzw. Instandsetzung erstattungsfähig, soweit sie nicht höher als die Anschaffungskosten sind und sich durch die Miete bzw. Instandsetzung eine Anschaffung erübrigt. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für die Unterweisung im Gebrauch und für die Wartung von Hilfsmitteln sowie die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung, z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher, sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.

i) Sehhilfen zu

75 %, maximal 125 EUR (Leistungshöchstbetrag) pro versicherte Person und innerhalb von zwei Kalenderjahren für alle Sehhilfen zusammen.

Dafür werden die Kosten des Kalenderjahres, in dem die Sehhilfen bezogen wurden, und die Kosten des vorhergehenden Kalenderjahres zusammengerechnet.

Sehhilfen sind
- Brillengläser und Brillengestelle sowie
- Kontaktlinsen.

j) Fahrten und Transporte in Notfällen und bei ärztlich attestierter Gehunfähigkeit zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Arzt bzw. Heilpraktiker oder zur ambulanten Behandlung in das nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus zu

100 %.

k) Erstattungsfähig sind der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport zu einer Dialysebehandlung, einer Chemo- oder Strahlenbehandlung, wenn der Versicherer vor Beginn des Transports eine schriftliche Zusage erteilt hat sowie der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist zu

100 %.

l) präventive Maßnahmen der Medizin zu

100 %.

Präventive Maßnahmen der Medizin sind

- gezielte Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte gemäß § 1 Abs. 2 b) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I ohne Altersbegrenzungen und ohne festgelegte Zeitabstände,
- Schutzimpfungen (einschließlich Impfstoff) nach dem jeweils aktuellen Impfkalender (Standardimpfungen) der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene.
- Pränataldiagnostik bei Vorliegen von Risikofaktoren in der Schwangerschaft.

m) häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege) zu

100 %.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztlich verordnete, medizinisch notwendige häusliche Behandlungspflege (z. B. Verbandswechsel, Wundversorgung, Katheterwechsel, Injektionen) durch staatlich geprüfte Pflegefachkräfte, mit dem Ziel, die ärztliche Behandlung zu sichern (Sicherungspflege) oder eine Krankenhausbehandlung zu vermeiden bzw. zu verkürzen (Krankenhausvermeidungspflege). Versichert sind dabei alle Verrichtungen, die auch ein Arzt nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erbringen darf. Die Aufwendungen für einzelne Verrichtungen dürfen nicht höher sein als vergleichbare ärztliche Leistungen.

n) ambulante Palliativversorgung zu

100 %.

Erstattungsfähig sind die Kosten für ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen.

o) sozialpädiatrische Behandlung und Frühförderung zu

100 %.

Erstattungsfähig sind die Kosten für sozialpädiatrische Behandlung im Sinne von § 119 SGB V sowie für Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der privaten oder der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen. Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

p) Operationen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (Maßnahmen der refraktiven Chirurgie) einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen zu

100 %.

Zu den Maßnahmen der refraktiven Chirurgie gehören z. B.
- LASIK-Operationen,
- Femto-LASIK-Behandlungen,
- LASEK/PRK-Operationen,
- Clear-Lens-Exchange.

1.2.2 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- Nähr-, Anregungs-, Stärkungs-, potenz- und erektionsfördernde Mittel sowie ähnliche Mittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten (keine Nähr- und Stärkungsmittel in diesem Sinne sind Mittel zur enteralen und parenteralen Ernährung (künstliche Ernährung) sowie Mittel die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden),
- Badezusätze, Desinfektions-, kosmetische und empfängnisverhütende Mittel, Brunnenkuren und Mineralwässer sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden,
- Beschaffung oder Miete aller Arten von Heilapparaten, sanitären und medizinischen Bedarfsartikeln,
- Ausführungen von Hilfsmitteln, wenn diese keinen objektiven Nutzen zum Ausgleich einer Behinderung haben,
- Unterhaltungs- und Betriebskosten für Hilfsmittel,
- Pflegehilfsmittel, auf die ein Anspruch aus der Pflegepflichtversicherung besteht,
- Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen sowie Ersatzbatterien und Ladegeräte für elektrische und elektronische Geräte,
- sonstige Fahrten zum Arzt und zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus,
- assistierte Reproduktion („künstliche Befruchtung“) bei unerfülltem Kinderwunsch (§ 5 Abs. 1.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II, findet in Tarif uni-intro|Privat keine Anwendung),
- psychotherapeutische Behandlung durch Heilpraktiker,
- Schutzimpfungen anlässlich einer Reise, auf Grund von Freizeitgewohnheiten oder aus beruflichen Gründen.

1.2.3 GKV-WSG

Die tarifliche Eigenleistung gemäß den Abschnitten 1.1, 1.2.1 a), b), c), e), f), g), h) und i) ist je versicherte Person und Kalenderjahr insgesamt auf die in § 193 Abs. 3 VVG (s. Anhang) festgelegte maximale betragsmäßige Auswirkung begrenzt.

1.3 Zahnärztliche und kieferorthopädische Heilbehandlung

1.3.1 Leistungsbegrenzung

a) Der Leistungsanspruch für alle erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß I.1.3.2 zusammen errechnet sich unter Berücksichtigung der jeweils nach I.1.3.2 maßgeblichen Erstattungsprozentsätze höchstens aus einem erstattungsfähigen Betrag (Höchstbetrag) von

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

b) Auf den jeweiligen Höchstbetrag werden

- zuerst die für zahnärztliche Leistungen erstattungsfähigen Beträge für vorbeugende Maßnahmen, Zahnbehandlung und Inlays und
- danach die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie für zahntechnische Leistungen für Inlays

angerechnet.

c) Zahntechnische Leistungen werden für die Berücksichtigung der Höchstbeträge dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem die angefertigten Materialien vom Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden eingegliedert werden.

d) Die Höchstbeträge gelten nicht für einen nachweislich durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.

1.3.2 Erstattet werden Aufwendungen für

a) vorbeugende Maßnahmen zu

100 %.

Vorbeugende Maßnahmen sind
- professionelle Zahnreinigung/Zahnprophylaxe
- die Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen.

b) Zahnbehandlung zu

100 %.

Zahnbehandlung sind
- allgemeine, konservierende (außer bei der Versorgung mit Kronen oder Inlays) und chirurgische zahnärztliche Leistungen,
- Maßnahmen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums.

Hierzu gehören insbesondere auch:
- plastische Füllungen (z. B. lichthärtende Composites, dentinadhäsive Füllungen),
- Parodontosebehandlungen mittels PerioChip,
- mikroinvasive Kariesinfiltrationen (z. B. ICON).

c) Inlays (Einlagefüllungen) aus Metall, Kunststoff oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren) zu

100 % für die zahnärztliche Leistung;

60 % für zahntechnische Leistungen.

d) Zahnersatz zu

60 % für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen für prothetische Versorgung, orale Implantate, Kronen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen;

Hierzu gehören insbesondere auch:
- Keramikverblendschalen (Veneers), z. B. bei Zahnhartsubstanzdefekten oder freiliegenden Zahnhälsen,
- Kunststoff- und Keramikverblendungen,
- Kronen aus Metall oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren),
- augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial sowie die Therapieformen einer Knochenspreizung, Knochenverlängerung und Sinuslift),
- DROS-Schienen.

100 % für zahntechnische Leistungen, sofern die Versorgung nachweislich aufgrund eines Unfalls notwendig wurde und sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.

e) Zahn- und Kieferregulierung zu

60 % für zahnärztliche bzw. kieferorthopädische und zahntechnische Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen;

100 % für zahntechnische Leistungen, sofern die Versorgung nachweislich aufgrund eines Unfalls notwendig wurde und sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.

f) funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (zahnärztliche Maßnahmen zur Diagnose, Behebung oder Besserung einer Störung der Funktion von Kiefergelenken, Kaumuskulatur und Zähnen) zu

60 %.

Zum Leistungsumfang des Versicherers nach I.1.3.2 gehören auch die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorgesehenen Zusatz- und Begleitleistungen (z. B. OP-Mikroskop, Anwendung eines Lasers).

1.3.3 Leistungsvoraussetzung

Für Inlays, Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplans des Behandlers dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind.

Die Kosten des Heil- und Kostenplans gehören zu den erstattungsfähigen Behandlungskosten.

1.4 Stationäre Heilbehandlung und Entbindung

1.4.1 Erstattet werden Aufwendungen für

a) allgemeine Krankenhausleistungen (einschließlich Stationsarzt- oder Assistenzarztbehandlung) in Krankenhäusern, die der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, zu

100 %.

b) Belegarzt, freiberufliche Hebamme bzw. Entbindungspfleger, Beleghebamme bzw. Belegentbindungspfleger zu

100 %.

c) Krankentransport zum und vom nächsterreichbaren, gemäß Abschnitt I.1.4.1 a) versicherten und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus in einem hierfür vorgesehenen Spezialfahrzeug (einschließlich Rettungshubschrauber) zu

100 %.

d) teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115 a SGB V in einem gemäß Abschnitt I.1.4.1 a) versicherten Krankenhaus zu

100 %.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören auch die Kosten für die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten. Eine aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme liegt in der Regel dann vor, wenn der Patient zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Zu den erstattungsfähigen Kosten gemäß 1.4.1. gehören auch Aufwendungen für stationäre Psychotherapie.

1.4.2 Bei Verzicht auf jegliche Kostenerstattung für die versicherte Leistung zahlt der Versicherer mit Ausnahme des Entlassungstages für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus ein Krankenhaustagegeld von 125 EUR.

1.4.3 Bei einem Krankenhausaufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland gelten Aufwendungen der niedrigsten Preiskategorie für Krankenhaus- und ärztliche Leistungen des Krankenhauses als erstattungsfähig; auch wenn die Aufwendungen dafür höher ausfallen

sollten als für in diesem Tarif versicherte stationäre Heilbehandlung in Deutschland.

1.4.4 Tritt der Versicherungsnehmer mit Zustimmung des Versicherers seine Leistungsansprüche an das Krankenhaus ab und gibt der Versicherer dem Krankenhaus gegenüber eine entsprechende Kostenzusage, kann der Versicherer diese Kostenzusage auch ohne Einschränkung der Selbstbeteiligung gemäß Abschnitt I.1.1 geben. Eine solche Kostenzusage bedeutet jedoch keinen Verzicht auf die Selbstbeteiligung. Die Selbstbeteiligung wird in einem solchen Fall mit anderen Versicherungsleistungen - auch aus sonstigen Tarifen - verrechnet oder dem Versicherungsnehmer direkt in Rechnung gestellt. Die Regelungen dieses Absatzes gelten sinngemäß bei der Verwendung der „Card für Privatversicherte".

1.4.5 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen,
- gesondert berechenbare Wahlleistung Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer,
- Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen (wie z.B. viele Privatkliniken; in Abweichung von § 4 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I) – es sei denn, es handelt sich um eine Notfalleinweisung,
- assistierte Reproduktion („künstliche Befruchtung") bei unerfülltem Kinderwunsch (§ 5 Abs. 1.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II findet in Tarif uni-intro|Privat keine Anwendung).

1.4.6 Lebendorgan- und Stammzellenspende

Erstattungsfähig sind bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung Kosten für den Spender einer Lebendorgan- oder Stammzellenspende, wenn der Empfänger der Spende in diesem Tarif versichert ist.

Erstattungsfähig sind die Kosten (hierzu gehören auch Kosten für Komplikationen, die sich unmittelbar aus der Organspende ergeben) im vertraglichen Umfang für die erforderliche

- ambulante Behandlung
- stationäre Behandlung

Erstattungsfähig sind auch die Fahrt-, Transport- und Reisekosten, die unmittelbar mit der medizinischen Behandlung in Zusammenhang stehen. Im Zuge einer Lebendorganspende werden darüber hinaus erstattet

- die auf Grund der Organspende erforderlichen ambulanten oder stationären Rehabilitationsbehandlungen des Organspenders,
- Kosten für die Nachbetreuung, wenn sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat,
- der nachgewiesene tatsächliche Verdienstausfall und die von dem Organspender geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung. Hierzu zählen auch die Beiträge für eine substitutive private Krankenversicherung und für die private Pflegepflichtversicherung.

Tarifliche Selbstbehalte/Eigenleistungen wirken sich nicht zu Lasten des Organspenders aus.

1.5 Beitragsfreistellung nach Entbindung

Solange die versicherte Person im Anschluss an eine Entbindung keine Erwerbstätigkeit ausübt, wird der Tarif für die versicherte Person beitragsfrei weitergeführt - längstens jedoch für sechs Monate. Der Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ändert sich in dieser Zeit nicht.

Diese Regelung gilt sinngemäß für den in Tarif uni-intro|Privat versicherten Vater, wenn er anstelle der Mutter in den ersten sechs Lebensmonaten des Kindes keine Erwerbstätigkeit ausübt.

1.6 Kalenderjahresregelung

1.6.1 Sind in diesem Tarif Höchstbeträge nach Kalenderjahren vorgesehen, gelten diese jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres.

1.6.2 Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr. Dabei werden die Selbstbeteiligungen gemäß Abschnitt I.1.1 sowie Abschnitt I.1.2.1 e) und I.1.2.1 h) für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden am vollen Kalenderjahr fehlenden Monat gemindert.

1.7 Anpassung der Höchstbeträge

Bei einer Beitragsanpassung nach § 8 b Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I bzw. II prüft der Versicherer, ob und inwieweit die in diesem Tarif festgelegten Höchstbeträge zum Ausgleich von Wertveränderungen anzupassen sind.

Diese Anpassung ist nur zulässig, wenn ein unabhängiger Treuhänder ihre Angemessenheit überprüft und der Änderung zugestimmt hat.

2 Erstattungsfähigkeit von Heilbehandler-Honoraren

2.1 Ärzte und Zahnärzte

Aufwendungen für ärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

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

2.2 Heilpraktiker

Die nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) in Rechnung gestellten Leistungen eines Heilpraktikers sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die bei einem Arzt für eine vergleichbare Verrichtung bis zum Regelhöchstsatz (1,15-, 1,8- bzw. 2,3facher Satz) der GOÄ erstattungsfähig wäre.

2.3 Hebammen und Entbindungspfleger

Leistungen einer Hebamme bzw. eines Entbindungspflegers sind bis zu den Höchstsätzen der jeweiligen Gebührenverordnung für Hebammen erstattungsfähig.

2.4 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) in Rechnung gestellten Leistungen sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die gemäß Abschnitt I.2.1 bei einem Arzt für eine vergleichbare Verrichtung erstattungsfähig wäre.

2.5 Aufwendungen für Leistungen von Heilbehandlern im Ausland sind auch über diese Begrenzungen hinaus erstattungsfähig, sofern der Versicherungsfall akut und unvorhersehbar eingetreten ist und der höhere Rechnungsbetrag in den ortsüblichen Abrechnungsbedingungen und -höhen der Heilbehandler vor Ort begründet liegt.

3 Optionsrechte auf Höher- oder Nachversicherung

Über § 1 Abs. 6 sowie 6.1 bis 6.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I bzw. II hinaus sind die in Abschnitt I.3.1 und I.3.2 aufgeführten Optionsrechte zur Ausweitung des Versicherungsschutzes zu Sonderkonditionen versichert.

Die Sonderkonditionen gelten unter folgenden Voraussetzungen:

a) Voraussetzungen für alle Optionsrechte gemäß Abschnitt I.3.1 und I.3.2:

- Von dem Optionsrecht wird zu einem der aufgeführten Stichtage Gebrauch gemacht.
- Die Höher- oder Nachversicherung wird spätestens bis zu dem gewählten Stichtag beim Versicherer in Textform beantragt.
- Für die versicherte Person besteht mit Tarif uni-intro|Privat erstmals eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer. Als erstmalige Krankheitskostenvollversicherung gilt die Versicherung in Tarif uni-intro|Privat auch dann, wenn eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer zuvor ausschließlich in Form einer Anwartschaftsversicherung oder ein anderer Tarif mit Anrecht auf eine substitutive Krankheitskostenvollversicherung geführt worden ist.
- Das Versicherungsverhältnis nach Tarif uni-intro|Privat wurde für die versicherte Person nicht im Rahmen der Kindernachversicherung gemäß § 2 Abs. 2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I begründet.

b) Zusätzliche Voraussetzungen für die Höherversicherung gemäß Abschnitt I.3.1:

- Zur Beantragung des Optionsrechtes gemäß Abschnitt I.3.1 c) und d) wird der vom Versicherer vorgesehene Antragsvordruck

einschließlich aller Gesundheitsfragen vollständig ausgefüllt, unterschrieben und beim Versicherer eingereicht.

c) Zusätzliche Voraussetzungen für die Nachversicherung gemäß Abschnitt I.3.2:

- Das Optionsrecht auf Höherversicherung gemäß Abschnitt I.3.1 wird nicht wahrgenommen.

Die Beitragseinstufung bei Höherversicherung gemäß Abschnitt I.3.1 ist in § 8 a Abs. 2 und 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, geregelt. Bei Nachversicherung gemäß Abschnitt I.3.2 erfolgt die Beitragseinstufung im hinzukommenden Tarif zu dem tariflichen Eintrittsalter, das die versicherte Person zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherung im hinzukommenden Tarif erreicht hat.

Sind für die Versicherung in Tarif uni-intro|Privat besondere Vereinbarungen wie z.B. Leistungsausschlüsse, besonders vereinbarte Beitragszuschläge oder sonstige besondere Vereinbarungen getroffen, so werden diese auch auf den neuen Versicherungsschutz entsprechend übertragen.

Bietet der Versicherer über die für die Höher- oder Nachversicherung in Abschnitt I.3.1 und I.3.2 genannten Tarife hinaus weitere Tarife mit annähernd gleichem Leistungsniveau an, so kann er zu gegebener Zeit auch eine Garantie auf Höher- bzw. Nachversicherung zu Sonderkonditionen in diese Tarife erklären.

Optionsrecht	**Stichtag für die Wahrnehmung des Optionsrechtes**	**Sonderkonditionen**
3.1 Option auf Höherversicherung durch Umstellung wahlweise in die Tarife: - uni-Top|Privat - oder uni-A, uni-ST und uni-ZA - oder uni-VE Dem neuen Versicherungsschutz liegen dann die zum Zeitpunkt der Umstellung geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen der/s gewählten Tarife/s zugrunde.	a) der Monatserste nach Ablauf von 3 Jahren ab Beginn [3]	Keine Wartezeiten. Keine erneute Gesundheitsprüfung.
	Sofern der jeweilige Stichtag vor Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person liegt: b) der Monatserste nach Ablauf von 8 Jahren ab Beginn[3]	Keine Wartezeiten. Keine erneute Gesundheitsprüfung.
	c) der Monatserste nach Ablauf von 13 Jahren ab Beginn[3]	Keine Wartezeiten. Erneute Gesundheitsprüfung. Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den die versicherte Person wechseln will, höher oder umfassender sind als in Tarif uni-intro|Privat, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen angemessenen Risikozuschlag verlangen, der nicht mehr als 40 % betragen wird.
	d) ab dem unter c) genannten Zeitpunkt kontinuierlich nach jeweils weiteren fünf Jahren	Keine Wartezeiten. Erneute Gesundheitsprüfung. Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den die versicherte Person wechseln will, höher oder umfassender sind als in Tarif uni-intro|Privat, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen angemessenen Risikozuschlag verlangen, der nicht mehr als 60 % betragen wird
3.2 Option auf Nachversicherung wahlweise eines Tarifes für eine: - Krankenhaustagegeldversicherung - oder eine Pflegetagegeldversicherung mit maximal 60 EUR Tagegeldleistung	a) der Monatserste nach Ablauf von 3 Jahren ab Beginn[3], sofern dieser Stichtag nach Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person liegt	Keine Wartezeiten. Keine erneute Gesundheitsprüfung.
	b) der Termin gemäß Abschnitt I.3.1 b) bis d), der als letzter vor der Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person liegt	

[3] Unter Beginn ist der für die versicherte Person geltende Beginn der Versicherung in Tarif uni-intro|Privat zu verstehen; es sei denn, es bestand unmittelbar zuvor eine Krankheitskostenvollversicherung in Form einer Anwartschaftsversicherung oder ein Tarif mit Anrecht auf eine substitutive Krankheitskostenvollversicherung. In diesen Fällen gilt der Beginn der Anwartschaftsversicherung bzw. der Beginn des Tarifes mit Anrecht auf eine substitutive Krankheitskostenvollversicherung im Sinne der Stichtagsregelung als Beginn.

II Leistungsbesonderheiten Tarifstufe uni-intro|Privat 600

Es gelten die in Abschnitt I aufgeführten Bestimmungen, soweit nachstehend nichts anderes geregelt ist.

1. Zahnärztliche und kieferorthopädische Heilbehandlung

1.1 Entsprechend Abschnitt I. 1.3.1 a) beträgt der Höchstbetrag in der Tarifstufe uni-intro|Privat 600

insgesamt: 1.000 EUR im 1. Kalenderjahr,
2.000 EUR im 1. bis 2. Kalenderjahr,
3 000 EUR im 1. bis 3. Kalenderjahr,
4.000 EUR im 1. bis 4. Kalenderjahr,
5.000 EUR im 1. bis 5. Kalenderjahr,
5.000 EUR jährlich ab dem 6. Kalenderjahr.

1.2 Abweichend von Abschnitt I. 1.3.2 d) beträgt in der Tarifstufe uni-intro|Privat 600 der Erstattungssatz für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen für prothetische Versorgung, orale Implantate, Kronen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen

80 %,

für zahntechnische Leistungen, sofern die Versorgung nachweislich aufgrund eines Unfalls notwendig wurde und sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat, erfolgt die Erstattung zu

100 %.

1.3 Abweichend von Abschnitt I. 1.3.2 c) beträgt in der Tarifstufe uni-intro|Privat 600 der Erstattungssatz für zahntechnische Leistungen bei Inlays

80 %.

2. Stationäre Heilbehandlung und Entbindung

2.1 Gesondert berechenbare Wahlleistungen

Abweichend von Abschnitt I. 1.4.5 sind in der Tarifstufe uni-intro|Privat 600 bei stationären Aufenthalten in Krankenhäusern, die der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, erstattungsfähig:

- gesondert berechenbare ärztliche Wahlleistungen
- gesondert berechenbare Wahlleistung Unterkunft im Zweibettzimmer

2.2 Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf gesondert berechenbare Wahlleistungen

2.2.1 Bei vollstationärer Unterbringung im Zweibettzimmer ohne gesonderte Berechnung der ärztlichen Leistungen (Verzicht auf privatärztliche Behandlung) besteht Anspruch auf ein Krankenhaustagegeld für jeden Tag der vollstationären Unterbringung in Höhe von 60 EUR.

2.2.2 Bei vollstationärer Unterbringung im Mehrbettzimmer (Verzicht auf Unterbringung im Zweibettzimmer) besteht Anspruch auf ein Krankenhaustagegeld für jeden Tag der vollstationären Unterbringung in Höhe von 30 EUR.

2.2.3 Bei vollstationärer Unterbringung im Mehrbettzimmer (Verzicht auf Unterbringung im Zweibettzimmer) und ohne gesonderte Berechnung der ärztlichen Leistungen (Verzicht auf privatärztliche Behandlung) besteht Anspruch auf ein Krankenhaustagegeld für jeden Tag der vollstationären Unterbringung in Höhe von 90 EUR.

III Änderung und Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Teil II

1 Änderung von § 8 a Abs. 1.2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

In Tarif uni-intro|Privat können Kinder zum Kinderbeitrag bis zum Ende des Monats versichert werden, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden. Der Kinderbeitrag entfällt mit Beginn des darauf folgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Jugendliche geltenden Beiträge zu zahlen. Jugendliche können zum Jugendlichenbeitrag bis zum Ende des Monats versichert werden, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden. Der Jugendlichenbeitrag entfällt mit Beginn des darauf folgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Erwachsene geltenden Beiträge zu zahlen. Das außerordentliche Kündigungsrecht ist in § 13 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und in Abschnitt III.2 geregelt.

2 Änderung von § 13 Abs. 4.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

Abweichend von § 13 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I kann der Versicherungsnehmer bei Entfall des Kinderbeitrages oder des Jugendlichenbeitrages gemäß Abschnitt III.1 das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person auch dann kündigen, wenn sich der Beitrag nicht erhöht.

KVB-057 11.19

Tarif uni-ZZ

Ergänzungstarif für zahnärztliche Heilbehandlung für Versicherte nach Tarifstufe uni-intro|Privat 300

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

I Leistungen des Versicherers

1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.1 Zahnärztliche und kieferorthopädische Heilbehandlung

1.1.1 Leistungsbegrenzung

a) Der Leistungsanspruch für alle erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß I.1.1.2 zusammen errechnet sich unter Berücksichtigung der jeweils nach I.1.1.2 maßgeblichen Erstattungsprozentsätze höchstens aus einem erstattungsfähigen Betrag (Höchstbetrag) von

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

Maßgeblich für die genannten Zeiträume ist der Beginn der Versicherung nach Tarif uni-ZZ. Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr.

b) Auf den jeweiligen Höchstbetrag werden

- zuerst die für zahnärztliche Leistungen erstattungsfähigen Beträge für vorbeugende Maßnahmen, Zahnbehandlung und Inlays und
- danach die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie für zahntechnische Leistungen für Inlays

angerechnet.

c) Zahntechnische Leistungen werden für die Berücksichtigung der Höchstbeträge dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem die angefertigten Materialien vom Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden eingegliedert werden.

d) Die Höchstbeträge gelten nicht für einen nachweislich durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.

1.1.2 Erstattet werden Aufwendungen für

a) Inlays (Einlagefüllungen) aus Metall, Kunststoff oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren) zu

20 % für zahntechnische Leistungen;

b) Zahnersatz zu

20 % für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen für prothetische Versorgung, orale Implantate, Kronen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen;

Hierzu gehören insbesondere auch:
- Keramikverblendschalen (Veneers), z. B. bei Zahnhartsubstanzdefekten oder freiliegenden Zahnhälsen,
- Kunststoff- und Keramikverblendungen,
- Kronen aus Metall oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren),
- augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial sowie die Therapieformen einer Knochenspreizung, Knochenverlängerung und Sinuslift),
- DROS-Schienen.

c) Zahn- und Kieferregulierung zu

20 % für zahnärztliche bzw. kieferorthopädische und zahntechnische Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen;

d) funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (zahnärztliche Maßnahmen zur Diagnose, Behebung oder Besserung einer Störung der Funktion von Kiefergelenken, Kaumuskulatur und Zähnen) zu

20 %.

Zum Leistungsumfang des Versicherers gehören auch die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorgesehenen Zusatz- und Begleitleistungen (z. B. OP-Mikroskop, Anwendung eines Lasers).

1.1.3 Leistungsvoraussetzung

Für Inlays, Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplanes des Behandlers dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind.

Die Kosten des Heil- und Kostenplans gehören zu den erstattungsfähigen Behandlungskosten.

2 Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlerhonoraren

Die Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlerhonoraren richtet sich nach der Tarifstufe uni-intro|Privat 300.

3 Beitragsfreistellung nach Entbindung

Solange die versicherte Person im Anschluss an eine Entbindung keine Erwerbstätigkeit ausübt, wird der Tarif für die versicherte Person beitragsfrei weitergeführt - längstens jedoch für sechs Monate. Der Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ändert sich in dieser Zeit nicht.

Diese Regelung gilt sinngemäß für den in Tarif uni-ZZ versicherten Vater, wenn er anstelle der Mutter in den ersten sechs Lebensmonaten des Kindes keine Erwerbstätigkeit ausübt.

II Versicherungsfähigkeit

1 Versicherungsfähig sind Personen, für die eine Krankheitskosten-vollversicherung nach der Tarifstufe uni-intro|Privat 300 (Grundtarif) besteht.

2 Die Versicherung in Tarif uni-ZZ endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – bei Beendigung des Grundtarifs.

III Änderung und Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Teil II

1 Änderung von § 8 a Abs. 1.2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

In Tarif uni-ZZ können Kinder zum Kinderbeitrag bis zum Ende des Monats versichert werden, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden. Der Kinderbeitrag entfällt mit Beginn des darauf folgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Jugendliche geltenden Beiträge zu zahlen. Jugendliche können zum Jugendlichenbeitrag bis zum Ende des Monats versichert werden, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden. Der Jugendlichenbeitrag entfällt mit Beginn des darauf folgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Erwachsene geltenden Beiträge zu zahlen. Das außerordentliche Kündigungsrecht ist in § 13 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und in Abschnitt III.2 geregelt.

2 Änderung von § 13 Abs. 4.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

Abweichend von § 13 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I kann der Versicherungsnehmer bei Entfall des Kinderbeitrages oder des Jugendlichenbeitrages gemäß Abschnitt III.1 das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person auch dann kündigen, wenn sich der Beitrag nicht erhöht.

KVB-119 10.17

Tarif uni-ZF

Ergänzungstarif für die direkte Facharztkonsultation für Versicherte nach Tarif uni-intro|Privat

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

I Leistungen des Versicherers

1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.1 Ambulante Untersuchung und Heilbehandlung durch Fachärzte

Ergänzend zu Tarif uni-intro|Privat erstattet der Tarif uni-ZF bei direkter Inanspruchnahme eines Facharztes gemäß Abschnitt I.1.2.1 a) die Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland zu

25 %.

Zusammen mit Tarif uni-intro|Privat erhöht sich damit der Erstattungsprozentsatz auf 100 %, wenn die Heilbehandlung durch einen nicht als Primärarzt geltenden Facharzt ohne vorherige Überweisung eines Primärarztes erfolgt.

2 Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlerhonoraren

Die Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlerhonoraren richtet sich nach dem Tarif uni-intro|Privat.

3 Beitragsfreistellung nach Entbindung

Solange die versicherte Person im Anschluss an eine Entbindung keine Erwerbstätigkeit ausübt, wird der Tarif für die versicherte Person beitragsfrei weitergeführt - längstens jedoch für sechs Monate. Der Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ändert sich in dieser Zeit nicht.

Diese Regelung gilt sinngemäß für den in Tarif uni-ZF versicherten Vater, wenn er anstelle der Mutter in den ersten sechs Lebensmonaten des Kindes keine Erwerbstätigkeit ausübt.

II Versicherungsfähigkeit

1 Versicherungsfähig sind Personen, für die eine Krankheitskostenvollversicherung nach dem Tarif uni-intro|Privat besteht.

2 Die Versicherung in Tarif uni-ZF endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – bei Beendigung des Tarifs uni-intro|Privat.

III Änderung und Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Teil II

1 Änderung von § 8a Abs. 1.2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

In Tarif uni-ZF können Kinder zum Kinderbeitrag bis zum Ende des Monats versichert werden, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden. Der Kinderbeitrag entfällt mit Beginn des darauf folgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Jugendliche geltenden Beiträge zu zahlen. Jugendliche können zum Jugendlichenbeitrag bis zum Ende des Monats versichert werden, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden. Der Jugendlichenbeitrag entfällt mit Beginn des darauf folgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Erwachsene geltenden Beiträge zu zahlen. Das außerordentliche Kündigungsrecht ist in § 13 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und in Abschnitt III.2 geregelt.

2 Änderung von § 13 Abs. 4.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

Abweichend von § 13 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I kann der Versicherungsnehmer bei Entfall des Kinderbeitrages oder des Jugendlichenbeitrages gemäß Abschnitt III.1 das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person auch dann kündigen, wenn sich der Beitrag nicht erhöht.

KVB-058 05.24

Tarif uni-intro|Privat-Spezial (uni-intro|Privat-S)

für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung mit Optionsrechten für Personen mit Wohnsitz in Berlin (Ost) und in den Bundesländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt oder Thüringen

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

I Leistungen des Versicherers

1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.1 Ambulante Heilbehandlung, Entbindung und Vorsorge

1.1.1 Erstattet werden Aufwendungen für

a) ambulante Untersuchung, Heilbehandlung, Operationen und Geburtshilfe (auch Hausgeburt) durch Ärzte (psychotherapeutische Behandlung siehe Abschnitt I.1.1.1 b)) zu

100 %, wenn die Heilbehandlung durch einen Primärarzt erfolgt (Primärarztprinzip). Als Primärarzt gelten ausschließlich der
- Hausarzt (Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin bzw. Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. praktischer Arzt – jeweils ohne weitere Facharztbezeichnung),
- Augenarzt,
- Frauenarzt,
- Kinderarzt ohne Schwerpunktbezeichnung [1],
- Notarzt oder
- Bereitschaftsarzt.

Der Hausarzt ist dem Versicherer im Versicherungsantrag, spätestens aber bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen aus diesem Tarif sowie vor einem Wechsel des Hausarztes mit Name und Adresse in Textform zu benennen.

Im besonders begründeten Ausnahmefall kann durch eine schriftliche Vereinbarung mit dem Versicherer abweichend ein hausärztlich tätiger Internist ohne Schwerpunktbezeichnung [2] als Hausarzt festgelegt werden.

100 %, wenn die Heilbehandlung zwar durch einen nicht als Primärarzt geltenden Facharzt erfolgt, diese aber zuvor von einem Primärarzt veranlasst wurde (Überweisung).

Die Überweisung durch den Primärarzt ist dem Versicherer zusammen mit der Facharztrechnung vorzulegen.

Bei Behandlungen durch einen Not- oder Bereitschaftsarzt muss aus der Rechnung hervorgehen, dass es sich um eine Behandlung im Rahmen eines Not- bzw. Bereitschaftsdienstes handelt.

75 %, wenn die Heilbehandlung durch einen nicht als Primärarzt geltenden Facharzt ohne vorherige Überweisung eines Primärarztes erfolgt.

75 % bei ärztlicher Heilbehandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

100 % für Geburtshilfe.

b) ambulante psychotherapeutische Behandlung durch Ärzte (auch Primärarzt) oder approbierte psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – maximal 50 Sitzungen pro Kalenderjahr – zu

75 %.

c) ambulante Geburtshilfe (auch Hausgeburt) durch Hebamme bzw. Entbindungspfleger einschließlich einer entsprechend den Bestimmungen in der gesetzlichen Krankenversicherung in Rechnung gestellten Betriebskostenpauschale bei Entbindung in einem Geburtshaus zu

100 %.

d) Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel sowie die Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge zu

85 %, wobei der 15 %ige Eigenanteil auf einen Höchstbetrag von 200 EUR pro versicherte Person und Kalenderjahr begrenzt ist;

100 % ab Überschreiten des Eigenanteils von 200 EUR.

Der Eigenanteil verringert sich bei Kindern und Jugendlichen bis einschließlich dem Kalenderjahr, das vor Vollendung des 21. Lebensjahres liegt, auf 100 EUR.

Zu den Heilmitteln gehören insbesondere
- Inhalationen,
- Übungsbehandlungen (z.B. Krankengymnastik, medizinische Trainingstherapie),
- Osteopathie bei orthopädischen Erkrankungen,
- Massagen,
- Hydrotherapie, Packungen und medizinische Bäder,
- Kälte- und Wärmebehandlungen,
- Elektro- und Lichttherapie,
- Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen (Logopädie),
- Ergotherapie,
- Hippotherapie,
- medizinische Fußpflege (Podologie),

einschließlich ärztlich verordneter medizinisch notwendiger Hausbesuche und Fahrtkosten bei ärztlich verordneten medizinisch notwendigen Hausbesuchen.

Kleinere Hilfsmittel (ohne Sehhilfen) sind
- Blutzuckermessgerät,
- Bruchbänder,
- Bandagen,
- Einlagen,
- Leibbinden,
- Kompressionsstrümpfe und
- Verbrauchsartikel im Rahmen einer Stomaversorgung.

Weitere Hilfsmittel (ohne Sehhilfen) jeweils einmal innerhalb eines Kalenderjahres. Hierzu gehören z.B.:
- orthopädische Schuhe,
- Hörhilfe (elektronisches Hörgerät),
- Heimdialysegerät bei Nierenversagen,
- Körperersatzstücke,
- Krankenfahrstuhl,
- elektronische Sprechhilfe nach Kehlkopfoperation,
- Blindenführhund (erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Anschaffung und Ausbildung bzw. Einarbeitung),
- Haarersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
- Gehapparat (Rollator, Deltarad, Gehgestell),
- Gehstützen,
- Stützapparate einschließlich Liegeschalen,
- Blutgerinnungsmessgerät bei erforderlicher Dauerantikoagulation und künstlichem Herzklappenersatz,
- lebenserhaltende Hilfsmittel.

[1] Schwerpunktbezeichnungen von Kinderärzten sind z.B.: Kinder-Hämatologie und -Onkologie, Kinder-Kardiologie, Neonatologie, Neopädiatrie

[2] Schwerpunktbezeichnungen von Internisten sind z.B.: Angioloie, Endokrinologie und Diabetologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie

Anstelle der Anschaffungskosten sind auch die Kosten für die Miete bzw. Instandsetzung erstattungsfähig, soweit sie nicht höher als die Anschaffungskosten sind und sich durch die Miete bzw. Instandsetzung eine Anschaffung erübrigt.

Ebenso erstattungsfähig ist die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung, z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher, sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.

e) ambulante Kurbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort, wenn diese medizinisch notwendig und durch einen Primärarzt verordnet sind. Es gelten die in den Abschnitten I.1.1.1 a) und d) festgelegten Erstattungsprozentsätze für die bei einer ambulant durchgeführten Kur anfallenden ärztlichen Leistungen, Arznei-, Verband- und Heilmittel. Diese Leistungen werden für höchstens 21 Tage innerhalb von zwei Kalenderjahren erbracht. Als erstes Kalenderjahr gilt das Jahr des Versicherungsbeginns.

   Für Entziehungskuren bleiben § 5 (1) b Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, und § 5 (1.2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II, unberührt.

f) Sehhilfen zu

   75 %, maximal 125 EUR (Leistungshöchstbetrag) pro versicherte Person und innerhalb von zwei Kalenderjahren für alle Sehhilfen zusammen.

   Dafür werden die Kosten des Kalenderjahres, in dem die Sehhilfen bezogen wurden, und die Kosten des vorhergehenden Kalenderjahres zusammengerechnet.

   Sehhilfen sind
   - Brillengläser und Brillengestelle sowie
   - Kontaktlinsen.

g) Fahrten und Transporte in Notfällen und bei ärztlich attestierter Gehunfähigkeit zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Arzt oder zur ambulanten Behandlung in das nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus zu

   100 %.

h) Erstattungsfähig sind der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport zu einer Dialysebehandlung, einer Chemo- oder Strahlenbehandlung, wenn der Versicherer vor Beginn des Transports eine schriftliche Zusage erteilt hat sowie der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist zu

   100 %.

i) präventive Maßnahmen der Medizin zu

   100 %.

   Präventive Maßnahmen der Medizin sind

   - gezielte Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte gemäß § 1 Abs. 2 b) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I ohne Altersbegrenzungen und ohne festgelegte Zeitabstände,
   - Schutzimpfungen (einschließlich Impfstoff) nach dem jeweils aktuellen Impfkalender (Standardimpfungen) der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene.
   - Pränataldiagnostik bei Vorliegen von Risikofaktoren in der Schwangerschaft.

j) häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege) zu

   100 %.

   Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztlich verordnete, medizinisch notwendige häusliche Behandlungspflege (z. B. Verbandswechsel, Wundversorgung, Katheterwechsel, Injektionen) durch staatlich geprüfte Pflegefachkräfte, mit dem Ziel, die ärztliche Behandlung zu sichern (Sicherungspflege) oder eine Krankenhausbehandlung zu vermeiden bzw. zu verkürzen (Krankenhausvermeidungspflege). Versichert sind dabei alle Verrichtungen, die auch ein Arzt nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erbringen darf. Die Aufwendungen für einzelne Verrichtungen dürfen nicht höher sein als vergleichbare ärztliche Leistungen.

k) ambulante Palliativversorgung zu

   100 %.

   Erstattungsfähig sind die Kosten für ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen.

l) sozialpädiatrische Behandlung und Frühförderung zu

   100 %.

   Erstattungsfähig sind die Kosten für sozialpädiatrische Behandlung im Sinne von § 119 SGB V sowie für Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der privaten oder der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen. Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

m) Operationen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (Maßnahmen der refraktiven Chirurgie) einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen zu

   100 %.

   Zu den Maßnahmen der refraktiven Chirurgie gehören z. B.
   - LASIK-Operationen,
   - Femto-LASIK-Behandlungen,
   - LASEK/PRK-Operationen,
   - Clear-Lens-Exchange.

1.1.2 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- Nähr-, Anregungs-, Stärkungs-, potenz- und erektionsfördernde Mittel sowie ähnliche Mittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten (keine Nähr- und Stärkungsmittel in diesem Sinne sind Mittel zur enteralen und parenteralen Ernährung (künstliche Ernährung) sowie Mittel, die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden),
- Badezusätze, Desinfektions-, kosmetische und empfängnisverhütende Mittel, Brunnenkuren und Mineralwässer sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden,
- Beschaffung oder Miete aller Arten von Heilapparaten, sanitären und medizinischen Bedarfsartikeln,
- Ausführungen von Hilfsmitteln, wenn diese keinen objektiven Nutzen zum Ausgleich einer Behinderung haben,
- Unterhaltungs- und Betriebskosten für Hilfsmittel,
- Pflegehilfsmittel, auf die ein Anspruch aus der Pflegepflichtversicherung besteht,
- Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen sowie Ersatzbatterien und Ladegeräte für elektrische und elektronische Geräte,
- sonstige Fahrten zum Arzt und zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus,
- assistierte Reproduktion („künstliche Befruchtung“) bei unerfülltem Kinderwunsch (§ 5 Abs. 1.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II findet in Tarif uni-intro|Privat-Spezial keine Anwendung),
- Behandlungen, Untersuchungen und Verordnungen durch Heilpraktiker,
- Schutzimpfungen anlässlich einer Reise, aufgrund von Freizeitgewohnheiten oder aus beruflichen Gründen.

1.1.3 GKV-WSG

Die tarifliche Eigenleistung gemäß den Abschnitten 1.1.1 a), d), e) und f) ist je versicherte Person und Kalenderjahr insgesamt auf die in § 193 Abs. 3 VVG (s. Anhang) festgelegte maximale betragsmäßige Auswirkung begrenzt.

1.2 Zahnärztliche und kieferorthopädische Heilbehandlung

1.2.1 Leistungsbegrenzung

a) Der Leistungsanspruch für alle erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß I.1.2.2 zusammen errechnet sich unter Berücksichtigung der jeweils nach I.1.2.2 maßgeblichen Erstattungsprozentsätze höchstens aus einem erstattungsfähigen Betrag (Höchstbetrag) von

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

b) Auf den jeweiligen Höchstbetrag werden

- zuerst die für zahnärztliche Leistungen erstattungsfähigen Beträge für vorbeugende Maßnahmen, Zahnbehandlung und Inlays und
- danach die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie für zahntechnische Leistungen für Inlays

angerechnet.

c) Zahntechnische Leistungen werden für die Berücksichtigung der Höchstbeträge dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem die angefertigten Materialien vom Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden eingegliedert werden.

d) Die Höchstbeträge gelten nicht für einen nachweislich durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.

1.2.2 Erstattet werden Aufwendungen für

a) vorbeugende Maßnahmen zu

100 %.

Vorbeugende Maßnahmen sind
- professionelle Zahnreinigung/Zahnprophylaxe
- die Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen.

b) Zahnbehandlung zu

100 %.

Zahnbehandlung sind

- allgemeine, konservierende (außer bei der Versorgung mit Kronen oder Inlays) und chirurgische zahnärztliche Leistungen,
- Maßnahmen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums.

Hierzu gehören insbesondere auch:
- plastische Füllungen (z. B. lichthärtende Composites, dentinadhäsive Füllungen),
- Parodontosebehandlungen mittels PerioChip,
- mikroinvasive Kariesinfiltrationen (z. B. ICON).

c) Inlays (Einlagefüllungen) aus Metall, Kunststoff oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren) zu

100 % für die zahnärztliche Leistung;

60 % für zahntechnische Leistungen.

d) Zahnersatz zu

60 % für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen für prothetische Versorgung, orale Implantate, Kronen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen;

Hierzu gehören insbesondere auch:
- Keramikverblendschalen (Veneers), z. B. bei Zahnhartsubstanzdefekten oder freiliegenden Zahnhälsen,
- Kunststoff- und Keramikverblendungen,
- Kronen aus Metall oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren),
- augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial sowie die Therapieformen einer Knochenspreizung, Knochenverlängerung und Sinuslift),
- DROS-Schienen.

100 % für zahntechnische Leistungen, sofern die Versorgung nachweislich aufgrund eines Unfalls notwendig wurde und sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.

e) Zahn- und Kieferregulierung zu

100 % für zahnärztliche bzw. kieferorthopädische und zahntechnische Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen bis einschließlich dem Kalenderjahr, das vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person liegt;

60 % für zahnärztliche bzw. kieferorthopädische und zahntechnische Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen ab dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet;

100 % für zahntechnische Leistungen, sofern die Versorgung nachweislich aufgrund eines Unfalls notwendig wurde und sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.

f) funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (zahnärztliche Maßnahmen zur Diagnose, Behebung oder Besserung einer Störung der Funktion von Kiefergelenken, Kaumuskulatur und Zähnen) zu

60 %.

Zum Leistungsumfang des Versicherers nach I.1.2.2 gehören auch die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorgesehenen Zusatz- und Begleitleistungen (z. B. OP-Mikroskop, Anwendung eines Lasers).

1.2.3 Leistungsvoraussetzung

Für Inlays, Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplanes des Behandlers dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind.

Die Kosten des Heil- und Kostenplans gehören zu den erstattungsfähigen Behandlungskosten.

1.3 Stationäre Heilbehandlung und Entbindung

1.3.1 Erstattet werden Aufwendungen für

a) allgemeine Krankenhausleistungen (einschließlich Stationsarzt- oder Assistenzarztbehandlung) in Krankenhäusern, die der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, zu

100 %.

b) Belegarzt, freiberufliche Hebamme bzw. Entbindungspfleger, Beleghebamme bzw. Belegentbindungspfleger zu

100 %.

c) Krankentransport zum und vom nächsterreichbaren, gemäß Abschnitt I.1.3.1 a) versicherten und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus in einem hierfür vorgesehenen Spezialfahrzeug (einschließlich Rettungshubschrauber) zu

100 %.

d) teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115 a SGB V in einem gemäß Abschnitt I.1.3.1 a) versicherten Krankenhaus zu

100 %.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören auch die Kosten für die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten. Eine aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme liegt in der Regel dann vor, wenn der Patient zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Zu den erstattungsfähigen Kosten gemäß 1.3.1. gehören auch Aufwendungen für stationäre Psychotherapie.

1.3.2 Bei einem Krankenhausaufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland gelten Aufwendungen der niedrigsten Preiskategorie für Krankenhaus- und ärztliche Leistungen des Krankenhauses als erstattungsfähig; auch wenn die Aufwendungen dafür höher ausfallen sollten als für in diesem Tarif versicherte stationäre Heilbehandlung in Deutschland.

1.3.3 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen,
- gesondert berechenbare Wahlleistung Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer,
- Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen (wie z. B. viele Privatkliniken; in Abweichung von § 4 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I) – es sei denn, es handelt sich um eine Notfalleinweisung,
- assistierte Reproduktion („künstliche Befruchtung“) bei unerfülltem Kinderwunsch (§ 5 Abs. 1.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II findet in Tarif intro|Privat-Spezial keine Anwendung).

1.3.4 Lebendorgan- und Stammzellenspende

Erstattungsfähig sind bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung Kosten für den Spender einer Lebendorgan- oder Stammzellenspende, wenn der Empfänger der Spende in diesem Tarif versichert ist.

Erstattungsfähig sind die Kosten (hierzu gehören auch Kosten für Komplikationen, die sich unmittelbar aus der Organspende ergeben) im vertraglichen Umfang für die erforderliche

- ambulante Behandlung
- stationäre Behandlung

Erstattungsfähig sind auch die Fahrt-, Transport- und Reisekosten, die unmittelbar mit der medizinischen Behandlung in Zusammenhang stehen. Im Zuge einer Lebendorganspende werden darüber hinaus erstattet

- die auf Grund der Organspende erforderlichen ambulanten oder stationären Rehabilitationsbehandlungen des Organspenders,
- die Kosten für die Nachbetreuung, wenn sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat,
- der nachgewiesene tatsächliche Verdienstausfall und die von dem Organspender geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung. Hierzu zählen auch die Beiträge für eine substitutive private Krankenversicherung und für die private Pflegepflichtversicherung.

Tarifliche Selbstbehalte/Eigenleistungen wirken sich nicht zu Lasten des Organspenders aus.

1.4 Beitragsfreistellung nach Entbindung

Solange die versicherte Person im Anschluss an eine Entbindung keine Erwerbstätigkeit ausübt, wird der Tarif für die versicherte Person beitragsfrei weitergeführt - längstens jedoch für sechs Monate. Der Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ändert sich in dieser Zeit nicht.
Diese Regelung gilt sinngemäß für den in Tarif intro|Privat-Spezial versicherten Vater, wenn er anstelle der Mutter in den ersten sechs Lebensmonaten des Kindes keine Erwerbstätigkeit ausübt.

1.5 Kalenderjahresregelung

1.5.1 Sind in diesem Tarif Höchstbeträge nach Kalenderjahren vorgesehen, gelten diese jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres.

1.5.2 Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr. Dabei werden die Selbstbeteiligungen gemäß Abschnitt I.1.1.1 d) für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden am vollen Kalenderjahr fehlenden Monat gemindert.

1.6 Anpassung der Höchstbeträge

Bei einer Beitragsanpassung nach § 8 b Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I bzw. II, prüft der Versicherer, ob und inwieweit die in diesem Tarif festgelegten Höchstbeträge zum Ausgleich von Wertveränderungen anzupassen sind.

Diese Anpassung ist nur zulässig, wenn ein unabhängiger Treuhänder ihre Angemessenheit überprüft und der Änderung zugestimmt hat.

2 Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlerhonoraren

2.1 Ärzte und Zahnärzte

Aufwendungen für ärztliche Leistungen sind bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

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

Regelhöchstsätze der GOÄ sind der 2,3fache Satz bei persönlichen Leistungen, der 1,8fache Satz bei medizinischtechnischen Leistungen bzw. der 1,15fache Satz für Leistungen gemäß Abschnitt M der GOÄ (Laborleistungen) sowie Leistungen nach Ziffer 437 der GOÄ.

Regelhöchstsatz der GOZ ist der 2,3fache Satz.

2.2 Hebammen und Entbindungspfleger

Leistungen einer Hebamme bzw. eines Entbindungspflegers sind bis zu den einfachen Höchstsätzen der jeweiligen Gebührenverordnung für Hebammen erstattungsfähig.

2.3 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) in Rechnung gestellten Leistungen sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die gemäß Abschnitt I.2.1 bei einem Arzt für eine vergleichbare Verrichtung erstattungsfähig wäre.

2.4 Aufwendungen für Leistungen von Heilbehandlern im Ausland sind auch über diese Begrenzungen hinaus erstattungsfähig, sofern der Versicherungsfall akut und unvorhersehbar eingetreten ist und der höhere Rechnungsbetrag in den ortsüblichen Abrechnungsbedingungen und -höhen der Heilbehandler vor Ort begründet liegt.

3 Optionsrechte auf Höher- oder Nachversicherung

Über § 1 Abs. 6 sowie 6.1 bis 6.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I bzw. II hinaus sind die in Abschnitt I.3.1 sowie I.3.2 aufgeführten Optionsrechte zur Ausweitung des Versicherungsschutzes zu Sonderkonditionen versichert.

Die Sonderkonditionen gelten unter folgenden Voraussetzungen:

a) Voraussetzungen für alle Optionsrechte gemäß Abschnitt I.3.1 und I.3.2:

- Von dem Optionsrecht wird zu einem der aufgeführten Stichtage Gebrauch gemacht.
- Die Höher- oder Nachversicherung wird spätestens bis zu dem gewählten Stichtag beim Versicherer in Textform beantragt.
- Für die versicherte Person besteht mit Tarif uni-intro|Privat-Spezial erstmals eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer. Als erstmalige Krankheitskostenvollversicherung gilt die Versicherung in Tarif uni-intro|Privat-Spezial auch dann, wenn eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer zuvor ausschließlich in Form einer Anwartschaftsversicherung (bzw. anstelle dessen ein Tarif mit Anrecht auf eine substitutive Krankheitskostenversicherung) geführt worden ist.
- Das Versicherungsverhältnis nach Tarif uni-intro|Privat-Spezial wurde für die versicherte Person nicht im Rahmen der Kindernachversicherung gemäß § 2 Abs. 2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I begründet.

b) Zusätzliche Voraussetzungen für die Höherversicherung gemäß Abschnitt I.3.1:

- Zur Beantragung des Optionsrechtes gemäß Abschnitt I.3.1 c) und d) wird der vom Versicherer vorgesehene Antragsvordruck einschließlich aller Gesundheitsfragen vollständig ausgefüllt, unterschrieben und beim Versicherer eingereicht.

c) Zusätzliche Voraussetzungen für die Nachversicherung gemäß Abschnitt I.3.2:

- Das Optionsrecht auf Höherversicherung gemäß Abschnitt I.3.1 wird nicht wahrgenommen.

Die Beitragseinstufung bei Höherversicherung gemäß Abschnitt I.3.1 ist in § 8 a Abs. 2 und 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, geregelt. Bei Nachversicherung gemäß Abschnitt I.3.2 erfolgt die Beitragseinstufung im hinzukommenden Tarif zu dem tariflichen Eintrittsalter, das die versicherte Person zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherung im hinzukommenden Tarif erreicht hat.

Sind für die Versicherung in Tarif uni-intro|Privat-Spezial besondere Vereinbarungen wie z. B. Leistungsausschlüsse, besonders verein-

barte Beitragszuschläge oder sonstige besondere Vereinbarungen getroffen, so werden diese auch auf den neuen Versicherungsschutz entsprechend übertragen.

Bietet der Versicherer über die für die Höher- oder Nachversicherung in Abschnitt I.3.1 und I.3.2 genannten Tarife hinaus weitere Tarife mit annähernd gleichem Leistungsniveau an, so kann er zu gegebener Zeit auch eine Garantie auf Höher- bzw. Nachversicherung zu Sonderkonditionen in diese Tarife erklären.

Optionsrecht	**Stichtag für die Wahrnehmung des Optionsrechtes**	**Sonderkonditionen**
3.1 Option auf Höherversicherung durch Umstellung wahlweise in die Tarife: - uni-Top|Privat - oder uni-A, uni-ST und uni-ZA - oder uni-VE Dem neuen Versicherungsschutz liegen dann die zum Zeitpunkt der Umstellung geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen der/s gewählten Tarife/s zugrunde.	a) der Monatserste nach Ablauf von 3 Jahren ab Beginn[3]	Keine Wartezeiten. Keine erneute Gesundheitsprüfung.
	Sofern der jeweilige Stichtag vor Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person liegt: b) der Monatserste nach Ablauf von 8 Jahren ab Beginn[3]	Keine Wartezeiten. Keine erneute Gesundheitsprüfung.
	c) der Monatserste nach Ablauf von 13 Jahren ab Beginn[3]	Keine Wartezeiten. Erneute Gesundheitsprüfung. Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den die versicherte Person wechseln will, höher oder umfassender sind als in Tarif uni-intro|Privat-Spezial, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen angemessenen Risikozuschlag verlangen, der nicht mehr als 40 % betragen wird.
	d) ab dem unter c) genannten Zeitpunkt kontinuierlich nach jeweils weiteren fünf Jahren	Keine Wartezeiten. Erneute Gesundheitsprüfung. Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den die versicherte Person wechseln will, höher oder umfassender sind als in Tarif uni-intro|Privat-Spezial, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen angemessenen Risikozuschlag verlangen, der nicht mehr als 60 % betragen wird.
3.2 Option auf Nachversicherung wahlweise eines Tarifes für eine: - Krankenhaustagegeldversicherung - oder Pflegetagegeldversicherung mit maximal 60 EUR Tagegeldleistung	a) der Monatserste nach Ablauf von 3 Jahren ab Beginn[3], sofern dieser Stichtag nach Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person liegt	Keine Wartezeiten. Keine erneute Gesundheitsprüfung.
	b) der Termin gemäß Abschnitt I.3.1 b) bis d), der als letzter vor der Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person liegt	

[3] Unter Beginn ist der für die versicherte Person geltende Beginn der Versicherung in Tarif uni-intro|Privat-Spezial zu verstehen, es sei denn, es bestand unmittelbar zuvor eine Krankheitskostenvollversicherung in Form einer Anwartschaftsversicherung oder ein Tarif mit Anrecht auf eine substitutive Krankheitskostenvollversicherung. In diesen Fällen gilt der Beginn der Anwartschaftsversicherung bzw. der Beginn des Tarifes mit Anrecht auf eine substitutive Krankheitskostenvollversicherung im Sinne der Stichtagsregelung als Beginn.

II Versicherungsfähigkeit und Fortführung

1 Versicherungsfähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in Berlin (Ost) oder in den Bundesländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt oder Thüringen haben.

2 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer die Aufgabe des ständigen Wohnsitzes einer versicherten Person in dem in Ziffer 1 genannten Gebiet innerhalb von zwei Monaten in Textform mitzuteilen.

3 Bei Aufgabe des ständigen Wohnsitzes in dem in Ziffer 1 genannten Gebiet endet die Versicherung nach dem Tarif uni-intro|Privat-Spezial. Die Versicherung wird in diesem Fall zum Ersten des Folgemonats unter Anrechnung der bereits erworbenen Rechte ohne erneute Risikoprüfung in den Tarifen uni-A 80, uni-ST 3/100 und uni-ZA 90 fortgeführt.

Die Beitragseinstufung in den Zieltarifen ist in § 8 a Abs. 2 und 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I geregelt.

Sind für die Versicherung in Tarif uni-intro|Privat-Spezial besondere Vereinbarungen wie z.B. Leistungsausschlüsse, besonders vereinbarte Beitragszuschläge oder sonstige besondere Vereinbarungen getroffen, so werden diese auch auf den neuen Versicherungsschutz entsprechend übertragen.

Anlässlich der Umstellung in die Tarife uni-A 80, uni-ST 3/100 und uni-ZA 90 erhält der Versicherungsnehmer ein außerordentliches Kündigungsrecht zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit im Tarif uni-intro|Privat-Spezial weggefallen ist. Die Kündigung muss innerhalb von zwei Monaten nach Eintritt des Beendigungsgrundes in Textform erklärt werden.

4 Das Recht, die Umwandlung der Versicherung in einen vergleichbaren Versicherungsschutz nach Maßgabe des § 1 Abs. 6 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, zu verlangen, bleibt davon unberührt.

III Änderung und Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Teil II

1 Änderung von § 8 a Abs. 1.2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

In Tarif uni-intro|Privat-Spezial können Kinder zum Kinderbeitrag bis zum Ende des Monats versichert werden, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden. Der Kinderbeitrag entfällt mit Beginn des darauf folgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Jugendliche geltenden Beiträge zu zahlen. Jugendliche können zum Jugendlichenbeitrag bis zum Ende des Monats versichert werden, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden. Der Jugendlichenbeitrag entfällt mit Beginn des darauf folgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Erwachsene geltenden Beiträge zu zahlen. Das außerordentliche Kündigungsrecht ist in § 13 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, und in Abschnitt III.2 geregelt.

2 Änderung von § 13 Abs. 4.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

Abweichend von § 13 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, kann der Versicherungsnehmer bei Entfall des Kinderbeitrages oder des Jugendlichenbeitrages gemäß Abschnitt III.1 das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person auch dann kündigen, wenn sich der Beitrag nicht erhöht.

KVB-059 11.19

Tarif uni-ZZ-Spezial (uni-ZZ-S)

Ergänzungstarif für zahnärztliche Heilbehandlung für Versicherte nach Tarif uni-intro|Privat-Spezial

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

I Leistungen des Versicherers

1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.1 Zahnärztliche und kieferorthopädische Heilbehandlung

1.1.1 Leistungsbegrenzung

a) Der Leistungsanspruch für alle erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß I.1.1.2 zusammen errechnet sich unter Berücksichtigung der jeweils nach I.1.1.2 maßgeblichen Erstattungsprozentsätze höchstens aus einem erstattungsfähigen Betrag (Höchstbetrag) von

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

Maßgeblich für die genannten Zeiträume ist der Beginn der Versicherung nach Tarif uni-ZZ-Spezial. Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr.

b) Auf den jeweiligen Höchstbetrag werden

- zuerst die für zahnärztliche Leistungen erstattungsfähigen Beträge für vorbeugende Maßnahmen, Zahnbehandlung und Inlays und
- danach die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie für zahntechnische Leistungen für Inlays

angerechnet.

c) Zahntechnische Leistungen werden für die Berücksichtigung der Höchstbeträge dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem die angefertigten Materialien vom Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden eingegliedert werden.

d) Die Höchstbeträge gelten nicht für einen nachweislich durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.

1.1.2 Erstattet werden Aufwendungen für

a) Inlays (Einlagefüllungen) aus Metall, Kunststoff oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren) zu

20 % für zahntechnische Leistungen;

b) Zahnersatz zu

20 % für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen für prothetische Versorgung, orale Implantate, Kronen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen;

Hierzu gehören insbesondere auch:
- Keramikverblendschalen (Veneers), z. B. bei Zahnhartsubstanzdefekten oder freiliegenden Zahnhälsen,
- Kunststoff- und Keramikverblendungen,
- Kronen aus Metall oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren),
- augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial sowie die Therapieformen einer Knochenspreizung, Knochenverlängerung und Sinuslift),
- DROS-Schienen.

c) Zahn- und Kieferregulierung zu

40 % für zahnärztliche bzw. kieferorthopädische und zahntechnische Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen ab dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet;

d) funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (zahnärztliche Maßnahmen zur Diagnose, Behebung oder Besserung einer Störung der Funktion von Kiefergelenken, Kaumuskulatur und Zähnen) zu

20 %.

Zum Leistungsumfang des Versicherers gehören auch die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorgesehenen Zusatz- und Begleitleistungen (z. B. OP-Mikroskop, Anwendung eines Lasers).

1.1.3 Leistungsvoraussetzung

Für Inlays, Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplanes des Behandlers dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind.

Die Kosten des Heil- und Kostenplans gehören zu den erstattungsfähigen Behandlungskosten.

2 Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlerhonoraren

Die Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlerhonoraren richtet sich nach dem Tarif uni-intro|Privat-Spezial.

3 Beitragsfreistellung nach Entbindung

Solange die versicherte Person im Anschluss an eine Entbindung keine Erwerbstätigkeit ausübt, wird der Tarif für die versicherte Person beitragsfrei weitergeführt – längstens jedoch für sechs Monate. Der Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ändert sich in dieser Zeit nicht.

Diese Regelung gilt sinngemäß für den in Tarif uni-ZZ-Spezial versicherten Vater, wenn er anstelle der Mutter in den ersten sechs Lebensmonaten des Kindes keine Erwerbstätigkeit ausübt.

II Versicherungsfähigkeit

1 Versicherungsfähig sind Personen, für die eine Krankheitskostenvollversicherung nach dem Tarif uni-intro|Privat-Spezial besteht.

2 Die Versicherung in Tarif uni-ZZ-Spezial endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – bei Beendigung des Tarifs uni-intro|Privat-Spezial.

III Änderung und Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Teil II

1 Änderung von § 8 a Abs. 1.2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

In Tarif uni-ZZ-Spezial können Kinder zum Kinderbeitrag bis zum Ende des Monats versichert werden, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden. Der Kinderbeitrag entfällt mit Beginn des darauf folgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Jugendliche geltenden Beiträge zu zahlen. Jugendliche können zum Jugendlichenbeitrag bis zum Ende des Monats versichert werden, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden. Der Jugendlichenbeitrag entfällt mit Beginn des darauf folgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Erwachsene geltenden Beiträge zu zahlen. Das außerordentliche Kündigungsrecht ist in § 13

Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, und in Abschnitt III.2 geregelt.

2 Änderung von § 13 Abs. 4.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

Abweichend von § 13 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, kann der Versicherungsnehmer bei Entfall des Kinderbeitrages oder des Jugendlichenbeitrages gemäß Abschnitt III.1 das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person auch dann kündigen, wenn sich der Beitrag nicht erhöht.

KVB-060 12.12

Tarif uni-ZF-Spezial (uni-ZF-S)

Ergänzungstarif für die direkte Facharztkonsultation für Versicherte nach Tarif uni-intro|Privat-Spezial

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

I Leistungen des Versicherers

1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.1 Ambulante Untersuchung und Heilbehandlung durch Fachärzte

Ergänzend zu Tarif uni-intro|Privat-Spezial erhöht sich der Erstattungsprozentsatz durch Tarif uni-ZF-Spezial bei direkter Inanspruchnahme eines Facharztes um 25 % auf

100 %.

2 Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlerhonoraren

Die Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlerhonoraren richtet sich nach dem Tarif uni-intro|Privat-Spezial.

3 Beitragsfreistellung nach Entbindung

Solange die versicherte Person im Anschluss an eine Entbindung keine Erwerbstätigkeit ausübt, wird der Tarif für die versicherte Person beitragsfrei weitergeführt – längstens jedoch für sechs Monate. Der Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ändert sich in dieser Zeit nicht.

Diese Regelung gilt sinngemäß für den in Tarif uni-ZF-Spezial versicherten Vater, wenn er anstelle der Mutter in den ersten sechs Lebensmonaten des Kindes keine Erwerbstätigkeit ausübt.

II Versicherungsfähigkeit

1 Versicherungsfähig sind Personen, für die eine Krankheitskostenvollversicherung nach dem Tarif uni-intro|Privat-Spezial besteht.

2 Die Versicherung in Tarif uni-ZF-Spezial endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – bei Beendigung des Tarifs uni-intro|Privat-Spezial.

III Änderung und Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Teil II

1 Änderung von § 8 a Abs. 1.2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

In Tarif uni-ZF-Spezial können Kinder zum Kinderbeitrag bis zum Ende des Monats versichert werden, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden. Der Kinderbeitrag entfällt mit Beginn des darauf folgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Jugendliche geltenden Beiträge zu zahlen. Jugendliche können zum Jugendlichenbeitrag bis zum Ende des Monats versichert werden, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden. Der Jugendlichenbeitrag entfällt mit Beginn des darauf folgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Erwachsene geltenden Beiträge zu zahlen. Das außerordentliche Kündigungsrecht ist in § 13 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und in Abschnitt III.2 geregelt.

2 Änderung von § 13 Abs. 4.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

Abweichend von § 13 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, kann der Versicherungsnehmer bei Entfall des Kinderbeitrages oder des Jugendlichenbeitrages gemäß Abschnitt III.1 das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person auch dann kündigen, wenn sich der Beitrag nicht erhöht.

Zusatzversicherung

KVB-065 10.16

Tarif uni-EZ

für Eigenleistungen gesetzlich Versicherter bei Vorsorgeuntersuchungen, Naturheilverfahren und Arzneimitteln im Rahmen ambulanter Heilbehandlung sowie für Zuzahlungen

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif uni-EZ sind Personen, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich dieses Tarifes zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt. Der Versicherer ist berechtigt, über den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einen entsprechenden Nachweis zu verlangen.

2 Leistungen des Versicherers

In Abweichung von § 1 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und II, erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Heilbehandlungen in Deutschland.

2.1 Zuzahlungen gemäß § 61 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V)

2.1.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen, die

a) bei Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers gemäß § 28 Abs. 4 Sätze 1 und 2 SGB V („Praxisgebühr"),

b) bei ärztlich verordneten Arznei- und Verbandmitteln gemäß § 31 Abs. 3 SGB V,

c) bei ärztlich verordneten Heilmitteln gemäß § 32 Abs. 2 SGB V,

d) bei ärztlich verordneten Hilfsmitteln gemäß § 33 Abs. 8 SGB V,

e) bei häuslicher Krankenpflege gemäß § 37 Abs. 5 SGB V,

f) bei ärztlich verordneter Soziotherapie gemäß § 37a Abs. 3 SGB V,

g) bei Inanspruchnahme von Haushaltshilfe gemäß § 38 Abs. 5 SGB V,

h) bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung gemäß § 39 Abs. 4 SGB V,

i) bei medizinischen Vorsorgeleistungen gemäß § 23 Abs. 6 SGB V,

j) bei medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter gemäß § 24 Abs. 3 SGB V,

k) bei medizinischer Rehabilitation für Mütter und Väter gemäß § 41 Abs. 3 SGB V,

l) bei medizinischer Rehabilitation gemäß § 40 Abs. 5 SGB V,

m) bei Anschlussrehabilitation gemäß § 40 Abs. 6 SGB V,

n) bei Fahrkosten gemäß § 60 Abs. 2 SGB V

zu entrichten sind, weil sie berechtigterweise verlangt werden (Abschnitt 2.8 d) ist zu beachten).

2.1.2 Der Versicherer kann sich bei einem Aufenthalt in einer Krankenanstalt gemäß § 4 Abs. 5 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, nicht auf eine fehlende Leistungszusage berufen.

2.2 Vorsorgeuntersuchungen

2.2.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und Krebserkrankungen bei Erwachsenen (§ 25 Abs. 1 bzw. 2 SGB V), wenn diese öfter oder in anderen Lebensaltern als gesetzlich vorgesehen vorgenommen werden.

2.2.2 Darüber hinaus sind die im tariflichen Leistungsverzeichnis (s. Anhang) aufgeführten ärztlichen Gebühren für Vorsorgeuntersuchungen erstattungsfähig.

2.2.3 Erstattungsfähigkeit von Rechnungen der Heilbehandler

Die Kosten für erbrachte ärztliche Leistungen im Sinne des Abschnittes 2.2 sind dann erstattungsfähig, wenn sie nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet sind bzw. analog berechnet werden können und soweit sie den jeweiligen Regelhöchstsatz der GOÄ nicht überschreiten (Regelhöchstsatz gemäß GOÄ ist je nach Art der Leistung das 2,3-, 1,8- oder 1,15fache der Gebühr).

2.3 Ambulante Untersuchung und Behandlung nach Methoden der Naturheilkunde und nach außerschulmedizinischen Methoden

2.3.1 Soweit sie nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallen sind die Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung nach Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

- der Naturheilkunde,
- der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie, anthroposophische Medizin) sowie
- nach anderen, außerschulmedizinischen Methoden

erstattungsfähig, sofern diese von einer der Mitglieds-Gesellschaften der Hufelandgesellschaft für Gesamtmedizin e.V. anerkannt werden bzw. im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind.

Soweit in § 4 Abs. 6 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, Einschränkungen enthalten sind, wird sich der Versicherer für den Leistungsbereich gemäß Abschnitt 2.3 nicht darauf berufen.

2.3.2 Als erstattungsfähig gelten ebenso die im Zusammenhang mit diesen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) angewandten Heilmittel, sofern der Behandler diese Leistungen selbst erbracht hat oder diese unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden;

b) verordneten Arznei- und Verbandmittel.

2.3.3 Erstattungsfähigkeit von Rechnungen der Heilbehandler

a) Ärztliche Leistungen

Die Kosten für erbrachte Leistungen im Sinne der Abschnitte 2.3.1 und 2.3.2. a) sind dann erstattungsfähig, wenn sie nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet sind bzw. analog berechnet werden können und soweit sie den jeweiligen Regelhöchstsatz der GOÄ nicht überschreiten (Regelhöchstsatz gemäß GOÄ ist je nach Art der Leistung das 2,3-, 1,8- oder 1,15fache der Gebühr).

b) Heilpraktiker

Die Kosten für erbrachte Leistungen im Sinne der Abschnitte 2.3.1 und 2.3.2. a) sind dann erstattungsfähig, wenn sie nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) berechnet sind. Der Ersatz der Aufwendungen ist auf die im GebüH 1985 aufgeführten Gebührensätze begrenzt, wobei bei angegebenem Gebührenrahmen maximal der jeweils untere Rahmenbetrag erstattungsfähig ist.

2.4 Arzneimittel

Erstattungsfähig sind ärztlich verordnete, nicht verschreibungspflichtige medizinisch notwendige Arzneimittel, die nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallen. Dazu gehören insbesondere Verordnungen nach den Methoden der Naturheilkunde und der besonderen Therapierichtungen (homöopathische, phytotherapeutische, anthroposophische Mittel).

2.5 Sehhilfen

2.5.1 Für in Tarifstufe uni-EZ 1 Versicherte: 150 EUR

Dieser Betrag ist für Brillengläser und Brillengestelle zusammen innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig. Dabei werden zusammen mit einer etwaigen Vorleistung der GKV nicht mehr als 100 % der tatsächlichen Kosten erstattet.

2.5.2 Für in Tarifstufe uni-EZ 2 Versicherte: 300 EUR

Dieser Betrag ist für Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen zusammen innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig. Dabei werden zusammen mit einer etwaigen Vorleistung der GKV nicht mehr als 100 % der tatsächlichen Kosten erstattet.

2.6 Einmaliges Kindergeld

2.6.1 Bei Geburt eines eigenen Kindes zahlt der Versicherer gegen Vorlage der Geburtsurkunde ein einmaliges Kindergeld zur Abgeltung von mit der Geburt anfallenden außergewöhnlichen Gesundheitsaufwendungen

a) an jeden in Tarifstufe uni-EZ 1 versicherten Elternteil in Höhe von 100 EUR

b) an jeden in Tarifstufe uni-EZ 2 versicherten Elternteil in Höhe von 150 EUR

2.6.2 Diese Leistung wird nicht auf den tariflichen Höchsterstattungsbetrag gemäß Abschnitt 2.7.2 bzw. 2.7.3 angerechnet.

2.6.3 In Ergänzung zu § 1 Abs. 2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, gilt für den Leistungsbereich gemäß Abschnitt 2.6 auch die Geburt eines Kindes als Versicherungsfall.

Die Wartezeiten gemäß § 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, entfallen für diese Leistung.

Entsprechend § 2 Abs. 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, steht die Adoption der Geburt gleich.

2.7 Tarifstufen / Höhe der Leistungen

2.7.1 Erstattungsprozentsätze und Höchstbeträge

Der Tarif uni-EZ sieht alternativ die Tarifstufen uni-EZ 1 und uni-EZ 2 vor, die sich insbesondere hinsichtlich der Erstattungsprozentsätze und Höchsterstattungsbeträge unterscheiden.

Die Versicherungsleistung ergibt sich aus der Anwendung der für die versicherten Leistungen gültigen Erstattungsprozentsätze auf die erstattungsfähigen Kosten. Sie wird begrenzt durch den Höchsterstattungsbetrag der jeweils versicherten Tarifstufe (gilt gemäß 2.6.2 nicht für das einmalige Kindergeld).

2.7.2

Erstattungsprozentsatz je versicherte Leistung in Tarifstufe uni-EZ 1:	
Zuzahlungen gemäß Abschnitt 2.1	80 %
Vorsorgeuntersuchungen gemäß Abschnitt 2.2	80 %
Ambulante Heilbehandlung gemäß Abschnitt 2.3	40 %
Arzneimittel gemäß Abschnitt 2.4	40 %
Sehhilfen gemäß Abschnitt 2.5.1	100 % bis maximal 150 EUR
Höchsterstattungsbetrag pro Kalenderjahr in Tarifstufe uni-EZ 1:	
für alle Leistungen gemäß Abschnitt 2.1 bis 2.5 zusammen	750 EUR

2.7.3

Erstattungsprozentsatz je versicherte Leistung in Tarifstufe uni-EZ 2:	
Zuzahlungen gemäß Abschnitt 2.1	80 %
Vorsorgeuntersuchungen gemäß Abschnitt 2.2	80 %
Ambulante Heilbehandlung gemäß Abschnitt 2.3	80 %
Arzneimittel gemäß Abschnitt 2.4	80 %
Sehhilfen gemäß Abschnitt 2.5.2	100 % bis maximal 300 EUR
Höchsterstattungsbetrag pro Kalenderjahr in Tarifstufe uni-EZ 2:	
für alle Leistungen gemäß Abschnitt 2.1 bis 2.5 zusammen	1.500 EUR

2.7.4 Wird bei einer in Tarifstufe uni-EZ 2 versicherten Person

- ein Herzinfarkt (Myokardinfarkt),
- ein Schlaganfall oder Gehirnschlag (Apoplexie, mit Ausnahme asymptomatisch zerebraler Ischämien),
- ein bösartiger Tumor (Malignom),
- Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn (chronisch entzündliche Darmerkrankung) oder
- eine zystische Fibrose (Mukoviszidose)

erstmals fachärztlich festgestellt, so gilt für diese Person für das Kalenderjahr der Diagnosestellung sowie für das darauffolgende Kalenderjahr jeweils der zweifache Höchsterstattungsbetrag gemäß Abschnitt 2.7.3.

2.7.5 Die Belege für erstattungsfähige Aufwendungen eines Kalenderjahres gemäß Abschnitt 2.1 (Zuzahlungen) und 2.4 bzw. 2.3.2 b) (Arzneimittel) sind dem Versicherer einmalig pro Kalenderjahr gesammelt einzureichen.

Für Einreichungen von Belegen eines Kalenderjahres, die darüber hinaus erfolgen, vermindert sich der Erstattungsprozentsatz für Zuzahlungen bzw. Arznei- und Verbandmittel um zehn Prozentpunkte.

Der Versicherer wird keine Kürzung vornehmen, sofern die Summe der erstattungsfähigen Aufwendungen der erneuten Einreichung mindestens 250 EUR beträgt.

2.7.6 Die Höchsterstattungsbeträge gelten jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres. Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., wird der Höchsterstattungsbetrag für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden am vollen Kalenderjahr fehlenden Monat gemindert.

2.7.7 Anpassung der Höchstsätze

Bei einer Beitragsanpassung nach § 8 b Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I bzw. II, prüft der Versicherer, ob und inwieweit die im Tarif festgelegten betragsmäßigen Höchstsätze anzupassen sind.

Diese Anpassungen sind nur zulässig, wenn ein unabhängiger Treuhänder die Angemessenheit überprüft und den Änderungen zugestimmt hat.

2.8 Einschränkung der Leistungspflicht

Nicht erstattungsfähig sind

a) die gemäß § 31 Abs. 2 SGB V mögliche Differenz zwischen dem Apothekenpreis für ein ärztlich verordnetes Arznei- oder Verbandmittel und dem Festbetrag nach § 35 SGB V;

b) die gemäß § 33 Abs. 7 SGB V mögliche Differenz zwischen dem Abgabepreis eines Leistungserbringers für ein ärztlich verordnetes Hilfsmittel und dem Festbetrag nach § 36 SGB V bzw. dem Vertragspreis nach § 127 SGB V;

c) etwaige Mehrkosten, die gemäß § 13 SGB V ihre Ursache in einer Leistungsinanspruchnahme durch Kostenerstattung haben (insbesondere Abschläge vom Erstattungsbetrag der GKV für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie Eigenanteile aufgrund Begrenzung des Umfangs der Kostenerstattung auf die Sachleistungshöhe);

d) Zuzahlungen oberhalb der für die versicherte Person gemäß § 62 SGB V geltenden Belastungsgrenze;

e) Aufwendungen für Nähr-, Anregungs-, Stärkungsmittel (auch sexuelle) und ähnliche Mittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, Badezusätze, Desinfektions- und kosmetische Mittel, empfängnisverhütende Mittel, Brunnenkuren und Mineralwässer sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheits-

mäßig genommen werden bzw. bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht;

f) Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen.

Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der GKV, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistung, Satzungsleistung oder Leistung im Rahmen von Modellvorhaben der GKV notwendig bleiben.

3 Pflichten des Versicherungsnehmers

3.1 Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers die Angehörigen von Heilberufen, Krankenanstalten, anderen gesetzlichen oder privaten Kranken- und Unfallversicherern gegenüber dem Versicherer von der Schweigepflicht zu entbinden und zur Auskunftserteilung zu ermächtigen.

Der Anspruch des Versicherungsnehmers wird nicht vor Eingang der Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht beim Versicherer fällig.

3.2 In Ergänzung zu § 6 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und Teil II, gilt:

Als Kostennachweis für geleistete Zuzahlungen gemäß Abschnitt 2.1 ist die Quittung, die von dem zum Einzug Verpflichteten ausgestellt werden muss, vorzulegen.

Sofern bzgl. der versicherten Leistungen gemäß Abschnitt 2.2 bis 2.5 Anspruch auf Leistungen aus der GKV besteht, sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen.

3.3 Die Möglichkeit zur Befreiung von Zuzahlungen beim Träger der GKV gemäß § 62 SGB V wegen Überschreitens der individuellen Belastungsgrenze ist wahrzunehmen. Der Versicherer ist über jede erteilte Befreiung unverzüglich in Textform zu informieren.

4 Versicherte Optionen auf Höher- oder Nachversicherung

4.1 Höherversicherung von Tarifstufe uni-EZ 1 in Tarifstufe uni-EZ 2

Für in Tarifstufe uni-EZ 1 Versicherte, die das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, garantiert der Versicherer die Höherversicherung durch Umstellung in die Tarifstufe uni-EZ 2 (Zieltarif).

Für die Höherversicherung gelten die in Abschnitt 4.5 aufgeführten Sonderkonditionen, sofern der Versicherungsnehmer sein Anrecht zu den in Abschnitt 4.6.1 genannten Stichtagen beim Versicherer beantragt.

4.2 Nachversicherung in andere Zusatztarife

Für in Tarifstufe uni-EZ 2 versicherte Personen, die das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, garantiert der Versicherer die Nachversicherung in

- Tarif uni-GZ bzw. uni-*GZ* plus zur Ergänzung der GKV (Zieltarif) für Zahnersatz, Hilfsmittel sowie Auslandsreisen und / oder

- Tarif uni-SZ bzw. uni-SZ II zur Ergänzung der GKV (Zieltarif) für stationäre Heilbehandlung und Entbindung im Krankenhaus,

sofern die versicherte Person im jeweiligen Zieltarif versicherungsfähig ist.

Bietet der Versicherer über die genannten Zieltarife hinaus weitere Tarife mit annähernd gleichem Leistungsniveau an, so kann er zu gegebener Zeit auch eine Garantie auf Nachversicherung in diese Tarife erklären.

Für die Nachversicherung gelten die in Abschnitt 4.5 aufgeführten Sonderkonditionen, sofern der Versicherungsnehmer sein Anrecht zu den in Abschnitt 4.6.1 genannten Stichtagen beim Versicherer beantragt.

4.3 Nachversicherung / Tarifumstellung in andere Zusatztarife nach GKV-Reformen

Der Versicherer garantiert jeder im Tarif uni-EZ versicherten Person die Nachversicherung bzw. Umstellung in neue Tarife zur Ergänzung der GKV (Zieltarif), die in Reaktion auf zeitlich nach Umsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes in Kraft tretende Reformen der GKV vom Versicherer eingeführt werden. Voraussetzung dabei ist, dass die versicherte Person im Zieltarif versicherungsfähig ist.

Für die Nachversicherung bzw. Umstellung gelten die in Abschnitt 4.5 aufgeführten Sonderkonditionen, sofern der Versicherungsnehmer sein Anrecht zu den in Abschnitt 4.6.2 genannten Stichtagen beim Versicherer beantragt.

4.4 Nachversicherung von Kindern

Für in Tarifstufe uni-EZ 2 versicherte Personen garantiert der Versicherer die Nachversicherung eigener Kinder in den Tarif uni-EZ.

Die Nachversicherung erfolgt ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten, sofern der Versicherungsnehmer sein Anrecht zu den in Abschnitt 4.6.3 genannten Stichtagen beim Versicherer beantragt (die Bestimmungen des § 2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und II, zur Mitversicherung von Kindern ab Geburt gelten außerdem).

4.5 Sonderkonditionen

Wenn der Versicherungsnehmer sein Anrecht beim Versicherer entsprechend den Bestimmungen des Abschnittes 4.6 fristgemäß geltend macht, gelten für die Zieltarife folgende Sonderkonditionen:

a) Es wird keine neue Gesundheitsprüfung durchgeführt.

b) Die Versicherungszeit im Tarif uni-EZ wird auf die für den Zieltarif geltenden Wartezeiten angerechnet.

   Das gilt jedoch bei Nachversicherung in andere Zusatztarife gemäß Abschnitt 4.2 nicht für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Zieltarifs eingetreten sind und noch andauern.

c) Bei Nachversicherung erfolgt die Beitragseinstufung im Zieltarif zu dem tariflichen Eintrittsalter, das die versicherte Person zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherung im Zieltarif erreicht hat.

   Die Beitragseinstufung bei Höherversicherung bzw. Tarifumstellung ist in § 8 a Abs. 2 und 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, geregelt.

d) Ist für die Versicherung in Tarif uni-EZ ein Leistungsausschluss vereinbart, so wird dieser auch auf den neuen Versicherungsschutz übertragen.

   Für Tarif uni-EZ besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden auch im Zieltarif entsprechend angewendet.

4.6 Stichtage

4.6.1 Von dem gemäß Abschnitt 4.1 oder 4.2 versicherten Anrecht kann nur zu einem der folgenden Stichtage Gebrauch gemacht werden, die jeweils ab dem für die versicherte Person geltenden Beginn des Tarifes uni-EZ gerechnet werden:

- zum Monatsersten nach Ablauf von drei Jahren oder
- zum Monatsersten nach Ablauf von fünf Jahren,

sofern der jeweilige Stichtag vor dem 40. Geburtstag der versicherten Person liegt.

Zusätzlich gilt als spätest möglicher Stichtag der Erste des Monats, der auf die Vollendung des 40. Lebensjahres der versicherten Person folgt.

Der jeweilige Stichtag stellt den Beginn des Zieltarifes dar.

Beispiel:
Beginn der Versicherung nach Tarif uni-EZ: 01.07.2012
Geburtsdatum der versicherten Person: 14.10.1990

Der Zieltarif beginnt entweder am:
1. Stichtag: 01.07.2015 (nach Ablauf von drei Jahren)
2. Stichtag: 01.07.2017 (nach Ablauf von fünf Jahren)
oder 3. Stichtag: 01.11.2030 (nach 40. Geburtstag)

Der Versicherungsnehmer muss dies spätestens bis zu dem jeweiligen Stichtag beim Versicherer in Textform beantragen. Andernfalls erlischt das versicherte Anrecht für diesen Stichtag.

4.6.2 Von dem gemäß Abschnitt 4.3 versicherten Anrecht kann nur innerhalb von drei Monaten nach Einführung des jeweiligen Tarifes Gebrauch ge-

macht werden. Der Versicherungsnehmer muss die Nachversicherung innerhalb dieser Frist beim Versicherer in Textform beantragen. Andernfalls erlischt das versicherte Anrecht.

4.6.3 Von dem gemäß Abschnitt 4.4 versicherten Anrecht kann nur zu einem der folgenden Stichtage Gebrauch gemacht werden, wobei der jeweilige Stichtag auch den Versicherungsbeginn des Kindes darstellt:

- zum Ersten des Monats, in dem das eigene Kind das 12. Lebensjahr vollendet, oder

- zum Ersten des Monats, in dem das eigene Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

Der Versicherungsnehmer muss dies bis spätestens zwei Monate vor dem jeweiligen Stichtag beim Versicherer in Textform beantragen. Andernfalls erlischt das versicherte Anrecht für diesen Stichtag.

Anhang

Leistungsverzeichnis der versicherten Vorsorgeuntersuchungen in Tarif uni-EZ

a) besondere Vorsorgeuntersuchungen für Kinder

- Neugeborenen Audio-Check: Untersuchung zur Früherkennung von Schwerhörigkeit (Hirnstammaudiometrie und Messung der otoakustischen Emissionen)
  - Anzahl / Intervall: einmalig innerhalb der ersten drei Lebensmonate
  - Gebührenziffer der GOÄ[1] : 1, 1406, 1409

- Kleinkind Schiel-Vorsorge: Augenärztliche Früherkennung auf Schwachsichtigkeit und Schielen
  - Anzahl / Intervall: einmalig zwischen dem 30. und 40. Lebensmonat
  - Gebührenziffer der GOÄ[1]: 1, 6, 1200, 1201, 1202, 1216

- Kinder-Intervall-Check für in Tarifstufe uni-EZ 2 Versicherte: Wiederholung der gesetzlich eingeführten Kinder-Früherkennungs-Untersuchung, jeweils
  - Anzahl / Intervall: einmalig zwischen dem 13. und 20. Lebensmonat
einmalig zwischen dem 25. und 42. Lebensmonat
einmalig zwischen dem 49. und 59. Lebensmonat
einmalig im 7. Lebensjahr
einmalig im 9. Lebensjahr
  - Gebührenziffer der GOÄ[1]: 1, 718 oder 26

- Jugendlichen-Intervall-Check: Zusätzliche Durchführung der gesetzlich eingeführten Jugendgesundheitsuntersuchung (gesetzlicher Anspruch: einmalig zwischen dem 13. und 14. Lebensjahr)
  - Anzahl / Intervall: einmalig im 11. Lebensjahr
einmalig im 16. Lebensjahr
  - Gebührenziffer der GOÄ[1]: 26

b) Ergänzung von Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krebs für in Tarifstufe uni-EZ 2 Versicherte

- Krebsvorsorge für Männer: Untersuchung zur Früherkennung des Prostata-Karzinoms mittels Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA)
  - Anzahl / Intervall: einmal innerhalb von drei Jahren ab vollendetem 45. Lebensjahr
  - Gebührenziffer der GOÄ[1]: 1, 3908.H3, 250

- Auflichtmikroskopische Untersuchung zur Differentialdiagnostik von Hautveränderungen
  - Anzahl / Intervall: einmal innerhalb von drei Jahren ab vollendetem 18. Lebensjahr
  - Gebührenziffer der GOÄ[1]: 1, 7, 750

c) besondere Vorsorgeuntersuchung während der Schwangerschaft für in Tarifstufe uni-EZ 2 Versicherte

- „Baby-Fernsehen“: sonographische Schwangerschaftsuntersuchung bei Nicht-Risiko-Schwangerschaften außerhalb der nach der Mutterschafts-Richtlinie vorgesehenen Ultraschalluntersuchungen
  - Anzahl / Intervall: zweimal je Schwangerschaft
  - Gebührenziffer der GOÄ[1]: 1, 415

- zusätzliche Labordiagnostik in der Schwangerschaft: Triple-Test zur Abschätzung des Risikos von Morbus Down (Trisomie 21) und Neuralrohrdefekten (z. B. „offener Rücken“) für den Fetus
  - Anzahl / Intervall: einmal je Schwangerschaft
  - Gebührenziffer der GOÄ[1]: 1, 3743, 4024, 4027, 250

d) allgemeine Vorsorgeuntersuchungen für in Tarifstufe uni-EZ 2 Versicherte

- Glaukom-Früherkennung: Untersuchung zur Früherkennung der mit Erblindungsgefahr verbundenen Augenkrankheit „Grüner Star“ mittels Messung des Augeninnendrucks, Spiegelung des Augenhintergrundes und Prüfung des Gesichtsfeldes
  - Anzahl / Intervall: einmalig innerhalb von drei Jahren ab vollendetem 40. Lebensjahr
  - Gebührenziffer der GOÄ[1]: 1, 6, 1256

- Knochendichte-Messung bei Frauen: Osteodensitometrie zur Früherkennung der Osteoporose (Knochenschwund)
  - Anzahl / Intervall: einmalig innerhalb von drei Jahren ab vollendetem 45. Lebensjahr
  - Gebührenziffer der GOÄ[1]: 1, 5380

[1] GOÄ – Gebührenordnung für Ärzte

KVB-066 07.15

Tarif uni-med|A

für ambulante Naturheilverfahren, Heilpraktikerbehandlung, Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Sehhilfen und Maßnahmen der refraktiven Chirurgie

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

I Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif uni-med|A sind:

a) Personen, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

b) Personen, die aus einem öffentlichen Dienstverhältnis (z.B. Bundeswehr, Bereitschaftspolizei, Bundespolizei) Anspruch auf freie Heilfürsorge (Heilfürsorge) haben.

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich dieses Tarifes zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt. Der Versicherer ist berechtigt, über den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einen entsprechenden Nachweis zu verlangen.

II Leistungen des Versicherers

1 Naturheilverfahren/Osteopathie

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.1.1 Erstattet werden im vereinbarten Umfang Aufwendungen für:

a) Naturheilverfahren durch Ärzte und Heilpraktiker

Ambulante Untersuchungen und Behandlungen durch Ärzte und Heilpraktiker nach Methoden der Naturheilkunde und nach außerschulmedizinischen Methoden einschließlich der in diesem Rahmen erbrachten Heilmittel, angeordneten Laborleistungen und verordneten Arznei- und Verbandsmittel. Insbesondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach dem jeweils aktuellen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) und nach dem jeweils aktuellen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtlinien (Hufeland-Verzeichnis). Hierzu gehören beispielsweise:

- Akupunktur,
- Anthroposophie,
- Bachblütentherapie,
- Biochemie (Schüßler-Salze),
- Chiropraktik,
- Homöopathie (einschließlich Globuli),
- Osteopathie,
- Traditionelle Chinesische Medizin (TCM).

b) Osteopathie durch andere Leistungserbringer

Ambulante osteopathische Behandlungen durch andere als die unter a) genannten Leistungserbringer werden erstattet, wenn die Behandlungen von einem Arzt auf einem Privatrezept verordnet wurden und qualitätsgesichert von einem zur osteopathischen Leistungserbringung berechtigten Physiotherapeuten durchgeführt werden, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

1.1.2 Auf die Anwendung der Einschränkungen in Bezug auf Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel gemäß § 4 Abs. 6 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, wird verzichtet.

1.1.3 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen, Aufwendungen für Nahrungsergänzungs- bzw. Nahrungsmittel, Stärkungspräparate (z.B. Vitamine/Mineralstoffe), Gewichtsreduktions-, Schlaf-, Haarwuchs- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenz- und erektionsfördernde Mittel, Mittel zu Empfängnisverhütung sowie Lifestyle- und Anti-Aging-Präparate.

1.2 Leistungsumfang und Leistungshöchstbetrag

Je nach vereinbarter Tarifstufe gelten nachstehende Erstattungsprozentsätze sowie folgende Leistungshöchstbeträge pro Person und innerhalb von zwei Kalenderjahren:

Tarifstufe	Erstattungs-prozentsatz	Leistungshöchstbetrag innerhalb von zwei Kalenderjahren
uni-med|A-Komfort	50 %	600 EUR
uni-med|A-Premium	70 %	1.200 EUR
uni-med|A-Exklusiv	90 %	1.800 EUR

Bei der Ermittlung der Leistungshöchstbeträge werden die Erstattungen des Kalenderjahres, in welchem die Behandlung stattfand, und die Erstattungen des vorhergehenden Kalenderjahres zusammengerechnet.

2 Vorsorge/Schutzimpfungen

2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattet werden im vereinbarten Umfang Aufwendungen für durch einen Arzt durchgeführte ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen. Besteht ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV oder der Heilfürsorge, sind die Aufwendungen erstattungsfähig, die nach Vorleistung der GKV oder der Heilfürsorge verbleiben. Nicht zu den erstattungsfähigen Leistungen gehören zahnärztliche Vorsorgemaßnahmen.

a) Ambulante Vorsorgeuntersuchungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen, die der Früherkennung von Krankheiten dienen. Hierzu gehören beispielsweise:

- Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL),
- Gesundheits-Check-up,
- Manager-Check-up,
- Ultraschall-Check-up,
- Augenvorsorge,
- Glaukomfrüherkennung,
- Erweiterte Laborwerte,
- Knochendichtemessung,
- Hautkrebsvorsorge,
- Gynäkologische Ultraschalluntersuchung,
- Ultraschall-Brustkrebsvorsorge,
- Urologische Krebsvorsorge,
- Darmspiegelung,
- Schwangerschaftsvorsorge,
- Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) ohne Altersbegrenzungen und ohne festgelegte Zeitabstände,
- Kinder- und Jugendlichenvorsorge.

b) Schutzimpfungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Impfstoff im Rahmen von Schutzimpfungen. Hierzu gehören beispielsweise:

- Schutzimpfungen nach Empfehlung der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO),
- Hepatitisschutzimpfungen,
- Reiseschutzimpfungen,
- FSME-Schutzimpfungen (Zeckenschutzimpfungen),
- Grippeschutzimpfungen.

2.2 Leistungsumfang und Leistungshöchstbetrag

Je nach vereinbarter Tarifstufe gelten nachstehende Erstattungsprozentsätze sowie folgende Leistungshöchstbeträge pro Person und innerhalb von zwei Kalenderjahren:

Tarifstufe	Erstattungsprozentsatz	Leistungshöchstbetrag innerhalb von zwei Kalenderjahren
uni-med|A-Komfort	100 %	125 EUR
uni-med|A-Premium	100 %	250 EUR
uni-med|A-Exklusiv	100 %	375 EUR

Dabei werden die Erstattungen des Kalenderjahres, in welchem die Vorsorgeuntersuchung bzw. Schutzimpfung stattfand, und die Erstattungen des vorhergehenden Kalenderjahres zusammengerechnet.

3 Sehhilfen

3.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattet werden im vereinbarten Umfang Aufwendungen für

- Brillengläser,
- Brillengestelle und
- Kontaktlinsen

einschließlich notwendiger Reparaturen.

3.2 Leistungsumfang und Leistungshöchstbetrag

Je nach vereinbarter Tarifstufe gelten nachstehende Erstattungsprozentsätze sowie folgende Leistungshöchstbeträge pro Person und innerhalb von zwei Kalenderjahren:

Tarifstufe	Erstattungsprozentsatz	Leistungshöchstbetrag innerhalb von zwei Kalenderjahren
uni-med|A-Komfort	100 %	200 EUR
uni-med|A-Premium	100 %	250 EUR
uni-med|A-Exklusiv	100 %	300 EUR

Dabei werden die Erstattungen des Kalenderjahres, in welchem die Sehhilfe bezogen bzw. die Reparatur durchgeführt wurde, und die Erstattungen des vorhergehenden Kalenderjahres zusammengerechnet.

4 Maßnahmen der refraktiven Chirurgie

4.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattet werden im vereinbarten Umfang Aufwendungen für Operationen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (Maßnahmen der refraktiven Chirurgie) einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen. Hierzu gehören beispielsweise:

- LASIK-Operationen,
- Femto-LASIK-Behandlungen,
- LASEK/PRK-Operationen,
- Clear-Lens-Exchange.

4.2 Leistungsumfang und Leistungshöchstbetrag

Ein Leistungsanspruch entsteht erstmals für eine Behandlung nach Ablauf des 2. Versicherungsjahres. Der Leistungsanspruch besteht für eine einmalige Behandlung pro Auge während der Vertragslaufzeit.

Je nach vereinbarter Tarifstufe und Vertragslaufzeit gelten nachstehende Erstattungsprozentsätze sowie folgende Leistungshöchstbeträge pro Person und insgesamt für beide Augen:

Tarifstufe	Erstattungsprozentsatz	Leistungshöchstbetrag einmalig nach Ablauf des	
		2. Versicherungsjahres	4. Versicherungsjahres
uni-med|A-Komfort	100 %	250 EUR	500 EUR
uni-med|A-Premium	100 %	500 EUR	1.000 EUR
uni-med|A-Exklusiv	100 %	750 EUR	1.500 EUR

III Erstattungsfähigkeit von Heilbehandler-Honoraren

Aufwendungen für ärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

Aufwendungen für Leistungen des Heilpraktikers sind bis zu den Höchstsätzen nach dem jeweils aktuellen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig.

IV Kalenderjahresregelung

Sind in diesem Tarif Höchstbeträge nach Kalenderjahren vorgesehen, gelten diese jeweils für den Zeitraum vom 01.01. bis 31.12. des Jahres. Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 01.01., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr.

V Beitragszahlung

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrages richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Als Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Abweichend von § 8 a (2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, ist von Beginn des Kalenderjahres an, in dem die versicherte Person das 16., 21., 26., 31., 36., 41., 46., 51., 56., 61., 66., 71., 76., 81., 86., 91., 96. oder 101. Lebensjahr vollendet, der ihrem tariflichen Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

Tarif uni-GZ plus

für zahnärztliche Leistungen und Hilfsmittel im Rahmen ambulanter Heilbehandlung sowie für Auslandsreisen

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif uni-GZ plus sind Personen, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind sowie Personen, die aus einem öffentlichen Dienstverhältnis (z.B. Bundeswehr, Bereitschaftspolizei, Bundesgrenzschutz) Anspruch auf freie Heilfürsorge (Heilfürsorge) haben. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich dieses Tarifes zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt. Der Versicherer ist berechtigt, über den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einen entsprechenden Nachweis zu verlangen.

2 Leistungen des Versicherers

Der Versicherer ist auch dann leistungspflichtig, wenn keine Vorleistung durch GKV oder Heilfürsorge erfolgt. Sind zustehende Leistungen der GKV oder Heilfürsorge für zahnärztliche Leistungen gemäß Abschnitt 2.1 oder Hilfsmittel gemäß Abschnitt 2.2 nicht in Anspruch genommen worden (z. B. bei privatzahnärztlicher Behandlung durch Zahnärzte, die keine Vertragszahnärzte der GKV sind), so sind diese dennoch in der Höhe wie sie die GKV bzw. Heilfürsorge erbracht hätte entsprechend zu berücksichtigen.

2.1 Zahnärztliche Leistungen

2.1.1 Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen einschließlich der zugehörigen, gesondert berechenbaren Material- und Laborkosten sowie die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorgesehenen Zusatz- und Begleitleistungen (z. B. OP-Mikroskop, Anwendung eines Lasers) für

a) Zahnersatz.

Dazu gehören die Aufwendungen für prothetische Leistungen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Suprakonstruktionen (implantatgetragener Zahnersatz; die Aufwendungen für den Implantatkörper und das Einbringen des Implantats werden gemäß Abschnitt 2.1.1 b) erstattet.) und die Reparatur von Zahnersatz.

Hierzu gehören insbesondere auch:
- Keramikverblendschalen (Veneers), z. B. bei Zahnhartsubstanzdefekten oder freiliegenden Zahnhälsen,
- Kunststoff- und Keramikverblendungen,
- Kronen aus Metall oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren).

Sie werden zu 40 % erstattet, zusammen mit der Vorleistung der GKV oder Heilfürsorge jedoch nicht mehr als 90 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen.

b) Orale Implantate.

Das sind die Aufwendungen für Anästhesie, augmentativen Knochenaufbau (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial), implantologische Leistungen und Implantatkörper.

Erstattet werden einschließlich bereits vorhandener Implantate bis zu 4 Implantate im Oberkiefer und bis zu 4 Implantate im Unterkiefer.

Diese Aufwendungen, höchstens jedoch 500 EUR je Implantat, werden zu 60 % erstattet, zusammen mit der Vorleistung der GKV oder Heilfürsorge jedoch nicht mehr als 90 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen.

Die Aufwendungen für implantatgetragenen Zahnersatz (Suprakonstruktionen) werden gemäß Abschnitt 2.1.1 a) erstattet.

c) Inlays.

Inlays sind Einlagefüllungen aus Metall, Keramik oder Kunststoff (z. B. im CEREC-Verfahren). Erstattungsfähig sind die Mehrkosten für Inlays, die über die Sachleistung gemäß § 28 Abs. 2 Satz 3 SGB V hinausgehen.

Die Mehrkosten, höchstens jedoch 400 EUR je Inlay, werden zu 60 % erstattet.

Die gemäß § 28 Abs. 2 SGB V notwendige Mehrkostenvereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten ist dem Versicherer zusammen mit der Rechnung vorzulegen.

d) Plastische Zahnfüllungen.

Das sind die Mehrkosten für lichthärtende Composites in Schicht- und Ätztechnik (plastische Zahnfüllungen aus Kunststoff), die über die Sachleistung gemäß § 28 Abs. 2 Satz 3 SGB V hinausgehen.

Die Mehrkosten, höchstens jedoch 50 EUR je Füllung, werden zu 100 % erstattet.

Die gemäß § 28 Abs. 2 SGB V notwendige Mehrkostenvereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten ist dem Versicherer zusammen mit der Rechnung vorzulegen.

e) Professionelle Zahnreinigung.

Das sind die zahnärztlichen Aufwendungen zur Entfernung von Zahnbelägen, Zahnstein und subgingivalen Konkrementen mit Handinstrumenten, Ultraschallgeräten, Lasergeräten und Pulverstrahlgeräten sowie die zahnärztlichen Aufwendungen zur Erstellung eines Mundhygienestatus.

Diese Aufwendungen, höchstens jedoch 100 EUR je Kalenderjahr, werden zu 60 % erstattet.

Voraussetzung ist, dass die Maßnahmen zur professionellen Zahnreinigung von einem niedergelassenen, approbierten Zahnarzt selbst oder unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden.

2.1.2 Leistungsvoraussetzungen

Für die in den Abschnitten 2.1.1 a) bis c) genannten Aufwendungen wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplanes des Zahnarztes dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind.

Diese Leistungsvoraussetzung gilt nicht bei Anfertigung einer Einzelkrone oder eines Einzelinlays.

Die Kosten des Heil- und Kostenplanes gehören zu den erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen.

2.1.3 Leistungshöchstsätze in den ersten Kalenderjahren

2.1.3.1 Für die Versicherungsleistungen der unter 2.1.1 genannten Maßnahmen gelten folgende Leistungshöchstsätze:

a) 500 EUR insgesamt für alle Maßnahmen des ersten Kalenderjahres;

b) 1.000 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten beiden Kalenderjahre;

c) 1.500 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten drei Kalenderjahre;

d) 2.000 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten vier Kalenderjahre;

e) 2.500 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten fünf Kalenderjahre.

Die Leistungshöchstsätze gelten jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres. Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr.

2.1.3.2 Entfall der Leistungshöchstsätze gemäß Abschnitt 2.1.3.1 bei Unfall

Werden zahnärztliche Leistungen gemäß Abschnitt 2.1.1 aufgrund eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls notwendig, entfallen dafür die Leistungshöchstsätze. Die Erstattung für solche Maßnahmen wird auf die jeweiligen Leistungshöchstsätze nicht angerechnet.

2.2 Hilfsmittel

2.2.1 Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Beschaffung und die Instandsetzung folgender Hilfsmittel:
- Brillen und Brillengestelle,
- Kontaktlinsen,
- Bruchbänder,
- Bandagen,
- Einlagen,
- Leibbinden,
- Kompressionsstrümpfe,
- Orthopädische Schuhe,
- Hörhilfen (elektr. Hörgerät),
- Heimdialysegerät bei Nierenversagen,
- Körperersatzstücke,
- Krankenfahrstühle, z. B, bei Querschnittslähmung,
- elektronische Sprechhilfen nach Kehlkopfoperationen,
- Blindenhund,
- Haarersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
- Gehapparate,
- Gehstützen,
- Stützapparate einschl. Liegeschalen.

2.2.2 Für Brillen, Brillengestelle und Kontaktlinsen werden bis zu 100 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattet – zusammen mit der Vorleistung der GKV oder Heilfürsorge jedoch nicht mehr als 100 % der tatsächlichen Kosten.

Dabei werden die erstattungsfähigen Kosten des Kalenderjahres, in dem die Brille oder die Kontaktlinsen bezogen wurden und die erstattungsfähigen Kosten des vorhergehenden Kalenderjahres zusammengerechnet.

2.2.3 Für alle anderen in Abschnitt 2.2.1 genannten Hilfsmittel werden 40 % erstattet, zusammen mit der Vorleistung der GKV oder Heilfürsorge jedoch nicht mehr als 100 % der tatsächlichen Kosten.

2.3 Auslandsreisen

2.3.1 Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten bis zu zwei Monaten ab Beginn einer Reise für akut eingetretene Krankheiten und Unfälle. Für chronische Erkrankungen und für bei Beginn des Auslandsaufenthaltes behandlungsbedürftige oder in Heilbehandlung stehende Krankheiten besteht Versicherungsschutz insoweit, als im Ausland akut und unvorhersehbar eine erhebliche Verschlimmerung eintritt.

2.3.2 Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen, bei denen jeder einzelne Auslandsaufenthalt eine ununterbrochene Verweildauer von zwei Monaten nicht übersteigt. Der Versicherer ist berechtigt, über den Beginn und das Ende einer Auslandsreise einen Nachweis zu verlangen. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle –, wenn sich der Versicherte länger als zwei Monate im Ausland aufhält mit dem Ende des zweiten Aufenthaltsmonats.

Endet der Versicherungsschutz während einer Heilbehandlung im Ausland für einen entschädigungspflichtigen Versicherungsfall, so besteht weiter Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

2.3.3 Der Versicherungsschutz gilt weltweit, denn als Ausland gelten alle Staaten mit Ausnahme von Deutschland.

2.3.4 Bei Auslandsreisen finden die Regelungen in § 1 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, und § 1 Abs. 4.1 bis 4.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II, keine Anwendung.

2.3.5 Als Versicherungsfall gilt auch die Bestattung im Ausland bzw. die Überführung eines verstorbenen Versicherten.

2.3.6 Bei Auslandsreisen entfallen abweichend von § 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und II, die allgemeinen Wartezeiten und die besondere Wartezeit für Zahnbehandlung.

2.3.7 Leistungen

2.3.7.1 Der Versicherer erstattet die im Ausland entstandenen Aufwendungen für

a) Heilbehandlungen durch Ärzte und Fachärzte einschließlich Operationen, Assistenz und Narkose;

b) Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;

c) Arznei- und Verbandmittel, die ärztlich oder zahnärztlich verordnet sind;

d) elektrische und physikalische Heilbehandlung;

e) Unterbringung und Verpflegung, ärztliche Behandlung, Visiten, Sonderleistungen und dgl. in öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen;

f) die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus bei notwendiger stationärer Behandlung eines mitversicherten minderjährigen Kindes;

g) Wegegeld des Arztes für den Weg, den der nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Arzt zurücklegen müsste;

h) Transporte zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus bzw. Arzt und zurück;

i) chirurgische und konservierende Zahnbehandlung einschließlich Vor- und Nachbehandlung;

j) akut notwendig werdende Instandsetzung von Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit und Provisorien. Zu Zahnersatz gehören (einschließlich erforderlicher Material- und Laborkosten) prothetische Leistungen, Kronen, Implantate, Aufbissbehelfe und Schienen;

k) ärztlich verordnete Hilfsmittel (mit Ausnahme von Sehhilfen und Hörgeräten), soweit diese auf der versicherten Reise erstmals erforderlich werden;

l) Instandsetzung von Hilfsmitteln.

2.3.7.2 Mit Ausnahme der Aufwendungen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, werden erstattet:

a) Kosten für einen Krankenrücktransport einschließlich der Aufwendungen für eine Begleitperson.

Erstattungsfähig sind dabei die Kosten für einen medizinisch sinnvollen und wirtschaftlich vertretbaren Rücktransport an den unmittelbar vor Antritt der Reise bestehenden ständigen Wohnsitz der versicherten Person oder zu dem von dort aus nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus.

Die Kosten für die Begleitperson werden nur erstattet, wenn sich diese Person bei Eintritt der Umstände, die den Krankenrücktransport erforderlich machen, ebenfalls vorübergehend im Reiseland der versicherten Person aufhält und während ihrer Reise selbst bei der uniVersa reisekrankenversichert ist.

Ein Krankenrücktransport im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn er mit einem dafür geeigneten Spezialfahrzeug oder Spezialflugzeug (einschließlich Rettungshubschrauber) durchgeführt wird. Wird ein anderes Transportmittel gewählt, werden die Leistungen nur erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Rückreise schriftlich zugesagt hat.

b) Kosten der Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland.

c) Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.

Der Versicherer ist berechtigt, einen Nachweis über die Höhe der Kos-

ten zu verlangen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen gemäß Nr. 2.3.7.2 geltend gemacht werden.

Die Kostenerstattung gemäß Nr. 2.3.7.2 b) und c) ist auf 10.300 EUR begrenzt.

2.3.7.3 Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß den Abschnitten 2.3.7.1 und 2.3.7.2 werden zu 100 % erstattet.

Hat der Versicherungsnehmer Anspruch auf Erstattung der in den Abschnitten 2.3.7.1 und 2.3.7.2 genannten Aufwendungen durch die GKV oder Heilfürsorge, mindert sich der Erstattungsanspruch aus dem Tarif uni-GZ plus entsprechend.

2.3.7.4 Neben der Krankenhauskostenerstattung gemäß 2.3.7.1 e) wird ein Krankenhaustagegeld von 25 EUR gezahlt, wenn die GKV oder ein anderer Kostenträger mit mindestens 25 EUR täglich vorleistet. Bei Verzicht auf Krankenhauskostenerstattung gemäß 2.3.7.1 e), oder wenn es für den Versicherungsnehmer günstiger ist, wird ein Krankenhaustagegeld von 50 EUR gezahlt.

2.4 Einschränkung der Leistungspflicht

Ergänzend zu § 5 Abs. 2 Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil I gilt:

Wird für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme eine unangemessen hohe Vergütung berechnet, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

2.5 Anpassung der Höchstsätze

Bei einer Beitragsanpassung nach § 8 b Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I bzw. II, prüft der Versicherer, ob und inwieweit die im Tarif festgelegten Leistungshöchstsätze gemäß Abschnitt 2.1.3.1 anzupassen sind.

Diese Anpassungen sind nur zulässig, wenn ein unabhängiger Treuhänder die Angemessenheit überprüft und den Änderungen zugestimmt hat.

Das gleiche gilt für die Höchsterstattungsbeträge der in den Abschnitten 2.1.1 b) bis e), 2.2.2 und 2.3.7 genannten Aufwendungen, sowie die Beträge im Abschnitt 2.3.7.4.

3 Versicherte Optionen auf Nachversicherung

3.1 Nachversicherung in andere Zusatztarife

Für in Tarif uni-GZ plus versicherte Personen, die das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, garantiert der Versicherer die Nachversicherung in

- Tarif uni-EZ (Tarifstufe uni-EZ 1 oder uni-EZ 2) zur Ergänzung der GKV (Zieltarif) für Eigenleistungen bei Vorsorgeuntersuchungen, Naturheilverfahren und Arzneimitteln im Rahmen ambulanter Heilbehandlung sowie für Zuzahlungen

  und / oder

- Tarif uni-SZ bzw. uni-SZ II zur Ergänzung der GKV (Zieltarif) für stationäre Heilbehandlung und Entbindung im Krankenhaus

sofern die versicherte Person im jeweiligen Zieltarif versicherungsfähig ist.

Bietet der Versicherer über die genannten Zieltarife hinaus weitere Tarife mit annähernd gleichem Leistungsniveau an, so kann er zu gegebener Zeit auch eine Garantie auf Nachversicherung in diese Tarife erklären.

Für die Nachversicherung gelten die in Abschnitt 3.4 genannten Sonderkonditionen, sofern der Versicherungsnehmer sein Anrecht zu den in Abschnitt 3.5.1 genannten Stichtagen beim Versicherer geltend macht.

3.2 Nachversicherung / Tarifumstellung in andere Zusatztarife nach GKV-Reformen

Der Versicherer garantiert jeder im Tarif uni-GZ plus versicherten Person die Nachversicherung bzw. Umstellung in neue Tarife zur Ergänzung der GKV (Zieltarife), die in Reaktion auf zeitlich nach der Umsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes in Kraft tretende Reformen der GKV vom Versicherer eingeführt werden. Voraussetzung dabei ist, dass die versicherte Person im Zieltarif versicherungsfähig ist.
Für die Nachversicherung bzw. Umstellung gelten die in Abschnitt 3.4 genannten Sonderkonditionen, sofern der Versicherungsnehmer sein Anrecht zu den in Abschnitt 3.5.2 genannten Stichtagen geltend macht.

3.3 Nachversicherung von Kindern

Für in Tarif uni-GZ plus versicherte Personen garantiert der Versicherer die Nachversicherung eigener Kinder in den Tarif uni-GZ plus.

Die Nachversicherung erfolgt ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten, sofern der Versicherungsnehmer sein Anrecht zu dem in Abschnitt 3.5.3 genannten Stichtag beim Versicherer geltend macht (die Bestimmungen des § 2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und II, zur Mitversicherung von Kindern ab Geburt gelten außerdem).

3.4 Sonderkonditionen

Wenn der Versicherungsnehmer sein Anrecht beim Versicherer entsprechend den Bestimmungen des Abschnitts 3.5 fristgemäß geltend macht, gelten für die Zieltarife folgende Sonderkonditionen:

a) Es wird keine neue Gesundheitsprüfung durchgeführt.

b) Die Versicherungszeit im Tarif uni-GZ plus wird auf die für den Zieltarif geltenden Wartezeiten angerechnet.

   Das gilt jedoch bei Nachversicherung in andere Zusatztarife gemäß Abschnitt 3.1 nicht für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Zieltarifs eingetreten sind und noch andauern.

c) Bei Nachversicherung erfolgt die Beitragseinstufung im Zieltarif zu dem tariflichen Eintrittsalter, das die versicherte Person zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherung im Zieltarif erreicht hat.

d) Sind für die Versicherung in Tarif uni-GZ plus besondere Bedingungen wie z. B, Leistungsausschlüsse, besonders vereinbarte Beitragszuschläge oder sonstige besondere Bedingungen vereinbart, so werden diese auch auf den neuen Versicherungsschutz übertragen.

3.5 Stichtage

3.5.1 Von dem gemäß Abschnitt 3.1 versicherten Anrecht kann nur zu einem der folgenden Stichtage Gebrauch gemacht werden, die jeweils ab dem für die versicherte Person geltenden Beginn des Tarifes uni-GZ plus gerechnet werden:

- zum Monatsersten nach Ablauf von drei Jahren,
- zum Monatsersten nach Ablauf von fünf Jahren,

sofern der jeweilige Stichtag vor der Vollendung des 40. Lebensjahres der versicherten Person liegt.

Zusätzlich gilt als spätest möglicher Stichtag der Erste des Monats, der auf die Vollendung des 40. Lebensjahres der versicherten Person folgt.

Der jeweilige Stichtag stellt den Beginn des Zieltarifs dar.

Beispiel:
Beginn der Versicherung nach Tarif uni-GZ plus: 01.04.2012
Geburtsdatum der versicherten Person: 14.10.1991

Der Zieltarif beginnt entweder am:
1. Stichtag: 01.04.2015 (nach Ablauf von drei Jahren)
2. Stichtag: 01.04.2017 (nach Ablauf von fünf Jahren)
oder 3. Stichtag: 01.11.2031 (nach 40. Geburtstag)

Der Versicherungsnehmer muss dies spätestens bis zu dem jeweiligen Stichtag beim Versicherer in Textform geltend machen. Andernfalls erlischt das versicherte Anrecht für diesen Stichtag.

3.5.2 Von dem gemäß Abschnitt 3.2 versicherten Anrecht kann nur innerhalb von drei Monaten nach Einführung des jeweiligen Tarifes Gebrauch gemacht werden. Der Versicherungsnehmer muss die Nachversicherung innerhalb dieser Frist beim Versicherer in Textform geltend machen. Andernfalls erlischt das versicherte Anrecht.

3.5.3 Von dem gemäß Abschnitt 3.3 versicherten Anrecht kann nur zu folgendem Stichtag Gebrauch gemacht werden, wobei der Stichtag auch den Versicherungsbeginn des Kindes darstellt:

zum Ersten des Monats, der auf die Vollendung des 16. Lebensjahres des eigenen Kindes folgt.

Der Versicherungsnehmer muss dies bis spätestens zwei Monate vor dem genannten Stichtag beim Versicherer in Textform geltend machen. Andernfalls erlischt das versicherte Anrecht.

KVB-068 11.19

Tarif uni-GZ

für Zahnersatz und für Hilfsmittel im Rahmen ambulanter Heilbehandlung sowie für Auslandsreisen

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif uni-GZ sind:

a) Personen, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

b) Personen, die aus einem öffentlichen Dienstverhältnis (z. B, Bundeswehr, Bereitschaftspolizei, Bundespolizei) Anspruch auf freie Heilfürsorge (Heilfürsorge) haben.

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich dieses Tarifes zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt. Der Versicherer ist berechtigt, über den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einen entsprechenden Nachweis zu verlangen.

2 Leistungen des Versicherers

2.1 Zahnersatz

2.1.1 Erstattungsfähig sind nach Vorleistung der GKV oder Heilfürsorge die Aufwendungen für:

Prothetische Leistungen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne und die Reparatur von Zahnersatz.

Hierzu gehören insbesondere auch:
- Keramikverblendschalen (Veneers), z. B. bei Zahnhartsubstanzdefekten oder freiliegenden Zahnhälsen,
- Kunststoff- und Keramikverblendungen,
- Kronen aus Metall oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren).

Zum Leistungsumfang des Versicherers gehören auch die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorgesehenen Zusatz- und Begleitleistungen (z. B. OP-Mikroskop, Anwendung eines Lasers).

2.1.2 Erstattet werden 30 %, zusammen mit der Vorleistung der GKV oder Heilfürsorge jedoch nicht mehr als 90 % der Kosten für die unter 2.1.1 genannten Gesamtaufwendungen.

2.1.3 Leistungsvoraussetzungen

Für Zahnersatz wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplanes des Zahnarztes dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind.

Diese Leistungsvoraussetzung gilt nicht bei Anfertigung einer Einzelkrone.

Die Kosten des Heil- und Kostenplanes gehören zu den erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen.

2.2 Hilfsmittel

2.2.1 Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung nach Vorleistung der GKV oder Heilfürsorge die Aufwendungen für die Beschaffung und die Instandsetzung folgender Hilfsmittel:
- Brillen und Brillengestelle,
- Kontaktlinsen,
- Bruchbänder,
- Bandagen,
- Einlagen,
- Leibbinden,
- Kompressionsstrümpfe,
- Orthopädische Schuhe,
- Hörhilfen (elektr. Hörgerät),
- Heimdialysegerät bei Nierenversagen,
- Körperersatzstücke,
- Krankenfahrstühle, z. B, bei Querschnittslähmung,
- elektronische Sprechhilfen nach Kehlkopfoperationen,
- Blindenhund,
- Haarersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
- Gehapparate,
- Gehstützen,
- Stützapparate einschl. Liegeschalen.

2.2.2 Für Brillen, Brillengestelle und Kontaktlinsen werden bis zu 80 EUR jährlich, zusammen mit der Vorleistung der GKV und der Heilfürsorge jedoch nicht mehr als 100 % der tatsächlichen Kosten erstattet.

2.2.3 Für alle anderen unter Punkt 2.2.1 genannten Hilfsmittel werden 20 %, zusammen mit der Vorleistung der GKV oder Heilfürsorge jedoch nicht mehr als 100 % der tatsächlichen Kosten erstattet.

2.3 Auslandsreisen

2.3.1 Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten bis zu zwei Monaten ab Beginn einer Reise für akut eingetretene Krankheiten und Unfälle. Erstattet werden 100 % des Rechnungsbetrages – ggf. abzüglich einer Vorleistung der GKV oder Heilfürsorge. Für chronische Erkrankungen und für bei Beginn des Auslandsaufenthaltes behandlungsbedürftige oder in Behandlung stehende Krankheiten besteht Versicherungsschutz insoweit, als im Ausland akut und unvorhersehbar eine erhebliche Verschlimmerung eintritt.

2.3.2 Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen, bei denen jeder einzelne Auslandsaufenthalt eine ununterbrochene Verweildauer von zwei Monaten nicht übersteigt. Der Versicherer ist berechtigt, über den Beginn und das Ende einer Auslandsreise einen Nachweis zu verlangen. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle –, wenn sich der Versicherte länger als zwei Monate im Ausland aufhält mit dem Ende des zweiten Aufenthaltsmonats. Endet der Versicherungsschutz während einer Heilbehandlung im Ausland für einen leistungspflichtigen Versicherungsfall, so besteht für weitere zwölf Wochen Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

2.3.3 Der Versicherungsschutz gilt weltweit, denn als Ausland gelten alle Staaten mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland.

2.3.4 Als Versicherungsfall gilt auch die Überführung eines verstorbenen Versicherten.

2.3.5 Bei Auslandsreisen entfallen abweichend von § 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, die allgemeinen Wartezeiten und die besondere Wartezeit für Zahnbehandlung.

2.3.6 Leistungen

2.3.6.1 Der Versicherer erstattet nach Vorleistung der GKV oder Heilfürsorge die im Ausland entstandenen Aufwendungen für

a) Behandlungen durch Ärzte und Fachärzte einschließlich Operationen, Assistenz und Narkose;

b) Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;

c) Arznei- und Verbandmittel, die ärztlich oder zahnärztlich verordnet sind und aus einer Apotheke bezogen werden;

d) elektrische und physikalische Heilbehandlung;

e) Unterbringung und Verpflegung, ärztliche Behandlung, Visiten, Sonderleistungen und dgl. in öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen;

f) die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus bei notwendiger stationärer Behandlung eines mitversicherten minderjährigen Kindes;

g) Wegegeld des Arztes für den Weg, den der nächsterreichbare Arzt zurücklegen müsste;

h) Transporte zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus bzw. Arzt und zurück;

i) chirurgische und konservierende Zahnbehandlung einschließlich Vor- und Nachbehandlung;

j) akut notwendig werdende Instandsetzung von Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit sowie Provisorien. Zu Zahnersatz gehören (einschließlich erforderlicher Material- und Laborkosten) prothetische Leistungen, Kronen, Implantate, Aufbissbehelfe und Schienen;

k) ärztlich verordnete Hilfsmittel (mit Ausnahme von Sehhilfen und Hörgeräten), soweit diese auf der versicherten Reise erstmals erforderlich werden;

l) Instandsetzung von Hilfsmitteln.

2.3.6.2 Mit Ausnahme der Aufwendungen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, werden erstattet:

a) Kosten für einen medizinisch sinnvollen und wirtschaftlich vertretbaren Rücktransport, einschließlich der Aufwendungen für eine mitversicherte Begleitperson, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu erwarten ist. Die Berechtigung des Anspruches auf Transportkosten muss durch Vorlage eines ärztlichen Attestes mit Angabe der Krankheitsbezeichnung nachgewiesen werden.

b) Kosten der Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland.

c) Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.

Der Versicherer ist berechtigt, einen Nachweis über die Höhe der Kosten zu verlangen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen gemäß Nr. 2.3.6.2 geltend gemacht werden.

Die Kostenerstattung gemäß Nr. 2.3.6.2 b) und c) ist auf 10.300 EUR begrenzt. Alle übrigen Kosten werden mit 100 % ohne Begrenzung erstattet.

2.3.6.3 Neben der Krankenhauskostenerstattung gemäß 2.3.6.1 e) wird ein Krankenhaustagegeld von 25 EUR gezahlt, wenn eine gesetzliche Krankenkasse oder ein Kostenträger mit mindestens 25 EUR täglich vorleistet. Bei Verzicht auf Krankenhauskostenerstattung gemäß 2.3.6.1 e), oder wenn es für den Versicherungsnehmer günstiger ist, wird ein Krankenhaustagegeld von 50 EUR gezahlt.

3 Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit. Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

KVB-069 11.19

Tarif uni-dent|Privat (uni-dent-P)

für zahnärztliche Leistungen bei GKV-Versicherten

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

I Versicherungsfähigkeit

1 Versicherungsfähig sind:

Personen, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

2 Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich dieses Tarifes zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt. Der Versicherer ist berechtigt, über den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einen entsprechenden Nachweis zu verlangen.

II Leistungen des Versicherers

1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattet werden im Versicherungsfall Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen für bei Vertragsabschluss vorhandene Zähne oder vorhandenen dauerhaften Zahnersatz sowie für Maßnahmen der Zahn- und Kieferregulierung bei Kindern. Die Gebühren bei privatärztlichen Rechnungen, einschließlich der in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorgesehenen Zusatz- und Begleitleistungen (z. B. OP-Mikroskop, Anwendung eines Lasers), sind im tariflichen Umfang innerhalb der Höchstsätze der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen erstattungsfähig. Für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne sowie für vor Vertragsabschluss begonnene oder angeratene Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz. Erstattungsfähige Aufwendungen sind Leistungen für

1.1 Zahnersatzmaßnahmen

- zahnärztliche und zahntechnische Leistungen, einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen für
  - Kronen aus Metall oder Keramik (hierzu gehören insbesondere auch Kunststoff- und Keramikverblendungen, Keramikverblendschalen (Veneers), z. B. bei Zahnhartsubstanzdefekten oder freiliegenden Zahnhälsen, oder Kronen im CEREC-Verfahren),
  - prothetische Versorgung,
  - Brücken,
  - orale Implantate inkl. augmentativer Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial sowie die Therapieformen einer Knochenspreizung, Knochenverlängerung und Sinuslift),
  - implantatgetragenen Zahnersatz,
  - Eingliederung von Aufbissbehelfen (z. B DROS-Schienen) und
  - Knirscherschienen.

1.2 Allgemeine Zahnbehandlungsmaßnahmen

- allgemeine, konservierende, auch mikroinvasive Kariesinfiltrationen z. B. ICON, (außer bei der Versorgung mit Kronen oder Inlays) und chirurgische zahnärztliche Leistungen,
- Maßnahmen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums (z. B. Parodontosebehandlungen mittels Perio-Chip),
- Maßnahmen zur Behandlung von Wurzelerkrankungen und
- Erstellen eines Heil- und Kostenplans nach II.4.1.

1.3 Inlays / Onlays

- Einlagefüllungen aus Metall, Kunststoff oder Keramik (z. B. CEREC-Verfahren).

1.4 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

- zahnärztliche Maßnahmen zur Diagnose, Behebung oder Besserung einer Störung der Funktion von Kiefergelenken, Kaumuskulatur und Zähnen.

1.5 Professionelle Zahnreinigung / Zahnprophylaxe

- zahnärztliche Leistungen zur Zahnreinigung:
  - Entfernung von Zahnbelägen, Zahnstein und subgingivalen Konkrementen mit Handinstrumenten, Ultraschallgeräten, Lasergeräten und Pulverstrahlgeräten.
- zahnärztliche Leistungen zur Zahnprophylaxe:
  - Erstellung eines Mundhygienestatus,
  - Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Verhinderung,
  - Fluoridierung von Zähnen,
  - Behandlung von überempfindlichen Zähnen und
  - Fissurenversiegelung.

1.6 Zahn- und Kieferregulierung bei Kindern

- zahnärztliche bzw. kieferorthopädische und zahntechnische Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

2 Leistungsumfang

2.1 Leistungsumfang bei Aufwendungen nach II.1.1 bis II. 1.4

Erstattet werden unter Anrechnung der Vorleistung der GKV insgesamt

a) 100 % der im Rahmen der Regelversorgung der GKV in Rechnung gestellten Kosten für Zahnbehandlung und Zahnersatz, wenn die Rechnung keine privatzahnärztlichen Vergütungsbestandteile enthält.

b) 80 % der Kosten für Zahnbehandlung und Zahnersatz, wenn die Rechnung vollständig oder teilweise privatzahnärztliche Vergütungsanteile enthält; mindestens werden die Kosten erstattet, die bei einer Abrechnung gemäß a) erster Halbsatz erstattungsfähig wären.

Bei Nachweis einer regelmäßigen ununterbrochenen jährlichen Teilnahme der versicherten Person an Vorsorgeuntersuchungen durch zahnärztliche Bestätigung (z.B. Vorlage des Bonusheftes) erhöht sich der maximale Erstattungsbetrag auf 85 % bei Nachweis von fünf Jahren und auf 90 % bei Nachweis von zehn Jahren.

Erfolgt eine Vorleistung der GKV nicht, wird ein pauschaler Betrag als Leistung der GKV angerechnet. Bei Leistungen nach II.1.1 beträgt dieser 40 % und bei Leistungen nach II.1.2 bis II.1.4 20 %. Gleiches gilt für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV keine Vorleistung erbringt.

2.2 Leistungsumfang bei Aufwendungen nach II.1.5

a) Erstattet werden Aufwendungen nach II.1.5 bis zu einem Gesamtbetrag von insgesamt 75 EUR je Kalenderjahr.

b) Dieser Betrag erhöht sich einmalig um weitere 75 EUR im ersten Versicherungsjahr, wenn mit der ersten Rechnung über Maßnahmen nach II.1.5 zugleich ein vom Zahnarzt ausgestellter aktueller Zahnstatus eingereicht wird und die Maßnahmen innerhalb des ersten Jahres nach Versicherungsbeginn (erstes Versicherungsjahr) durchgeführt wurden. Für II.2.2 b) gelten die Wartezeiten gemäß § 3 Abs. 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, nicht.

2.3 Leistungsumfang bei Aufwendungen nach II.1.6

Erstattet werden

a) 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, sofern kein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV besteht (KIG 1+2) bis höchstens 600 EUR je behandeltem Kiefer für die gesamte kieferorthopädische Behandlung.

b) 80 % des Rechnungsbetrages der bei Abschluss einer Mehrkostenvereinbarung vom Leistungsanspruch gegen eine GKV nicht umfassten Leistungen bei KIG 3-5 bis höchstens 600 EUR je behandeltem Kiefer für die gesamte kieferorthopädische Behandlung.

Unter die Mehrkostenvereinbarung fallen kieferorthopädische Zusatzleistungen, insbesondere Mini-Metall-, Keramik- und Kunststoffbrackets, unsichtbare Zahnspange (Invisalign), Lingualtechnik, festsitzender Retainer, konfektionierte herausnehmbare Geräte, festsitzender Lückenhalter, farbige/farblose Bögen/Teilbögen, thermisch programmierbare oder plastische Bögen/Teilbögen, Pendulum, Distal-Jet sowie funktionsanalytische/funktionstherapeutische Maßnahmen.

3 Leistungshöchstsätze im Tarif uni-dent|Privat

3.1 Der Leistungsanspruch für alle erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß II.1.1 bis II.1.6 zusammen errechnet sich unter Berücksichtigung der jeweils nach II.2.1 und II.2.3 maßgeblichen Erstattungsprozentsätze höchstens aus einem erstattungsfähigen Betrag (Höchstbetrag) von

a) 750 EUR insgesamt für alle Maßnahmen des ersten Kalenderjahres;

b) 1.500 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten beiden Kalenderjahre;

c) 2.250 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten drei Kalenderjahre;

d) 3.000 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten vier Kalenderjahre;

Ab dem fünften Kalenderjahr entfällt die summenmäßige Begrenzung.

3.2 Auf den Höchstbetrag der jeweiligen Kalenderjahre werden zuerst die erstattungsfähigen Beträge für Zahnbehandlung/vorbeugende Maßnahmen/Zahn- und Kieferregulierung und danach die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz/funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen angerechnet.

3.3 Zahntechnische Leistungen werden für die Berücksichtigung der Höchstbeträge dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem die angefertigten Materialien vom Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden eingegliedert werden.

3.4 Werden zahnärztliche Leistungen gemäß II.1 aufgrund eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls notwendig, entfallen dafür die Leistungshöchstsätze. Die Erstattung für solche Maßnahmen wird auf die jeweiligen Leistungshöchstsätze nicht angerechnet.

3.5 Die in II.3.1 vorgesehenen Höchstbeträge nach Kalenderjahren gelten jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres. Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr.

4 Leistungsvoraussetzungen

4.1 Heil- und Kostenplan

Erfolgt eine Leistung der GKV nicht, wird für Inlays, Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplanes des Behandlers dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind.

4.2 Nachweis

Die Höhe der GKV-Vorleistung ist durch einen entsprechenden Erstattungsvermerk der GKV auf der jeweiligen Originalrechnung nachzuweisen.

III Beitragszahlung

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrages richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Als Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Abweichend von § 8 a (2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, ist von Beginn des Kalenderjahres an, in dem die versicherte Person das 16., 21., 26., 31., 36., 41., 46., 51., 56., 61., 66., 71., 76., 81., 86., 91., 96. oder 101. Lebensjahr vollendet, der ihrem tariflichen Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

KVB-070 11.19

Tarif uni-dent|Komfort (uni-dent-K)

für zahnärztliche Leistungen bei GKV-Versicherten

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

I Versicherungsfähigkeit

1 Versicherungsfähigkeit:

Personen, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

2 Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich dieses Tarifes zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt. Der Versicherer ist berechtigt, über den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einen entsprechenden Nachweis zu verlangen.

II Leistungen des Versicherers

1 Verdoppelung des Festzuschusses

1.1 Erstattet werden im Versicherungsfall Aufwendungen für im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung durchgeführte Zahnersatzmaßnahmen für bei Vertragsabschluss vorhandene Zähne oder vorhandenen dauerhaften Zahnersatz, für die ein Festzuschuss der GKV nach § 55 Abs. 1 SGB V tatsächlich gezahlt wird. Für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne sowie für vor Vertragsabschluss begonnene oder angeratene Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz. Zahnersatzmaßnahmen sind:

- Kronen aus Metall oder Keramik (hierzu gehören insbesondere auch Kunststoff- und Keramikverblendungen, Keramikverblendschalen (Veneers), z. B. bei Zahnhartsubstanzdefekten oder freiliegenden Zahnhälsen, oder Kronen im CEREC-Verfahren),
- prothetische Versorgung,
- Brücken und
- implantatgetragener Zahnersatz

einschließlich

- der damit in unmittelbarem Zusammenhang stehenden Aufwendungen für Material- und Laborkosten und
- der notwendig werdenden Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparatur).

1.2 Leistungshöchstsätze im Tarif uni-dent|Komfort

Für die Versicherungsleistungen der unter II.1.1 aufgeführten Maßnahmen gelten folgende Leistungshöchstsätze:

a) 300 EUR insgesamt für alle Maßnahmen des ersten Kalenderjahres;

b) 600 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten beiden Kalenderjahre;

c) 900 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten drei Kalenderjahre;

d) 1.200 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten vier Kalenderjahre.

Ab dem fünften Kalenderjahr entfällt die summenmäßige Begrenzung.

1.3 Werden zahnärztliche Leistungen gemäß II.1.1 aufgrund eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls notwendig, entfallen dafür die Leistungshöchstsätze. Die Erstattung für solche Maßnahmen wird auf die jeweiligen Leistungshöchstsätze nicht angerechnet.

1.4 Die erstattungsfähigen Aufwendungen nach II.1.1 werden in gleicher Höhe wie der von der GKV gezahlte Festzuschuss erstattet. Bei ausschließlicher Inanspruchnahme der Regelversorgung erfolgt eine Erstattung zu 100%. Insgesamt ist die Erstattung unter Anrechnung des von der GKV bezahlten Betrages und anderweitiger Versicherungsleistungen auf 100 % des Rechnungsbetrages begrenzt.

2 Leistungen für Zahnreinigung/Zahnprophylaxe und Zahnfüllungen

Zusätzlich zu den unter II.1 genannten Leistungen sind bis zu einem Gesamtbetrag von insgesamt 75 EUR je Kalenderjahr erstattungsfähig:

2.1 Professionelle Zahnreinigung / Zahnprophylaxe

Erstattet werden Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen

- zur Entfernung von Zahnbelägen, Zahnstein und subgingivalen Konkrementen mit Handinstrumenten, Ultraschallgeräten, Lasergeräten und Pulverstrahlgeräten,
- zur Erstellung eines Mundhygienestatus und
- zur Fissurenversiegelung.

2.2 Plastische Zahnfüllungen

Erstattet werden Aufwendungen für plastische Zahnfüllungen in der gleichen Höhe wie der Zuschuss, der von der GKV tatsächlich gezahlt wird.

2.3 In Rechnung gestellte Leistungen sind nur insoweit erstattungsfähige Aufwendungen, als die in Rechnung gestellten Beträge entsprechend den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) berechnet sind und die dort festgesetzten Höchstsätze nicht überschreiten.

3 Zusatz- und Begleitleistungen

Zum Leistungsumfang des Versicherers nach II.1.1 und II.2.2 gehören auch die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorgesehenen Zusatz- und Begleitleistungen (z. B. OP-Mikroskop, Anwendung eines Lasers).

4 Leistungsvoraussetzungen

Die Höhe der GKV-Vorleistung ist durch einen entsprechenden Erstattungsvermerk der GKV auf der jeweiligen Originalrechnung nachzuweisen.

5 Kalenderjahresregelung

Die in II.1.2 und II.2 vorgesehenen Höchstsätze nach Kalenderjahren gelten jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres. Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr.

III Beitragszahlung

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrages richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Als Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Abweichend von § 8 a (2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, ist von Beginn des Kalenderjahres an, in dem die versicherte Person das 16., 21., 26., 31., 36., 41., 46., 51., 56., 61., 66., 71., 76., 81., 86., 91., 96. oder 101. Lebensjahr vollendet, der ihrem tariflichen Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

Tarif uni-SZ

für stationäre Heilbehandlung und Entbindung im Krankenhaus

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

Erfolgt die Versicherung zur Ergänzung einer Krankheitskostenvollversicherung, setzt der Abschluss des Tarifes uni-SZ voraus, dass für die versicherte Person beim Versicherer eine Versicherung nach einem Tarif mit Kostenerstattung für stationäre Heilbehandlung, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird.

1 Leistungen des Versicherers

1.1 Kostenersatz

1.1.1 Nach Vorleistung des gesetzlichen Versicherers sind erstattungsfähig:

a) die vom Krankenhaus berechneten Kosten der Wahlleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz,

b) Arzthonorare,

c) Transportkosten zum und vom nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus.

Zu den erstattungsfähigen Kosten gehören auch Aufwendungen für
- Isotopenbehandlungen,
- eiserne Lunge,
- Herzschrittmacher,
- stationäre Blutdialyse (künstliche Niere),
- Organverpflanzungen,
- teilstationäre Behandlungen,
- vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

Zu den erstattungsfähigen Kosten gemäß 1.1.1 gehören auch Aufwendungen für stationäre Psychotherapie.

1.1.2 Falls ein Krankenhaus nicht nach Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz abrechnet, sind die Mehrkosten für die bessere Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer erstattungsfähig.

1.1.3 Wenn kein gesetzlicher Versicherer leistungspflichtig ist, werden die Kosten erstattet, die über den Leistungsumfang der gesetzlichen Versicherung hinausgehen.

1.1.4 Nimmt eine gesetzliche Krankenkasse Abzüge gemäß § 39 (2) SGB V vor, weil der Versicherte ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus gewählt hat, so werden auch die dadurch entstehenden Mehrkosten mit 100 % erstattet.

1.2 Krankenhaustagegeld neben Kostenersatz

Wird vom Versicherungsnehmer nur auf eine der nachstehenden Leistungen verzichtet, zahlt der Versicherer für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus

- bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung
  60 EUR Krankenhaustagegeld

- bei Verzicht auf die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer
  40 EUR Krankenhaustagegeld.

1.3 Krankenhaustagegeld anstelle von Kostenersatz

Anstelle der Leistungen gemäß 1.1 und 1.2 zahlt der Versicherer für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus 100 EUR Krankenhaustagegeld, wenn auf Kostenersatz verzichtet wird oder dies für den Versicherungsnehmer günstiger ist.

2 Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit. Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

Tarif uni-SZ II plus

für stationäre Heilbehandlung und Entbindung sowie ambulante Operationen im Krankenhaus

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

Erfolgt die Versicherung zur Ergänzung einer Krankheitskostenvollversicherung, setzt der Abschluss des Tarifes uni-SZ II plus voraus, dass für die versicherte Person beim Versicherer eine Versicherung nach einem Tarif mit Kostenerstattung für stationäre Heilbehandlung, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird.

Leistungen des Versicherers

1 Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus

1.1 Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung oder Entbindung die Aufwendungen, die über den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der Beihilfe bzw. der freien Heilfürsorge hinausgehen, und zwar:

a) die vom Krankenhaus gesondert berechenbaren Kosten (Zuschlag) für eine bessere Unterbringung im Zweibettzimmer (Wahlleistung Unterkunft);

b) bei privatärztlicher Behandlung die gesondert berechenbaren Arzthonorare (ärztliche Wahlleistungen);

c) Krankentransportkosten zum und vom nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus, sofern unmittelbar eine vollstationäre Behandlung vorgesehen ist bzw. stattfand.

Zu den erstattungsfähigen Kosten gemäß 1.1. gehören auch Aufwendungen für stationäre Psychotherapie.

Die Aufwendungen gemäß a) und b) sind auch bei teilstationären Behandlungen sowie bei vor- und nachstationären Behandlungen gemäß § 115 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erstattungsfähig.

1.2 Wird die versicherte Person in einem Einbettzimmer untergebracht, werden für die Versicherungsleistungen nach Abschnitt 1.1 a) die gesondert berechenbaren Kosten berücksichtigt, die bei einer Unterbringung im Zweibettzimmer entstanden wären. Können solche Kosten nicht nachgewiesen werden, gelten 50 % des Zuschlages für die Unterbringung im Einbettzimmer als erstattungsfähig.

1.3 Nimmt eine gesetzliche Krankenkasse Abzüge gemäß § 39 (2) SGB V vor, weil der Versicherte ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus gewählt hat, so werden die dadurch entstehenden Mehrkosten zu 100 % erstattet, soweit sie für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz anfallen.

2 Ambulante Operationen im Krankenhaus

Erstattungsfähig sind ambulante Operationen nach § 115 b SGB V für die die GKV Leistungen erbringt und durch deren Durchführung ein stationärer Krankenhausaufenthalt vermieden wird. Erstattungsfähig sind die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für gesondert berechenbare Arzthonorare.

3 Krankenhaustagegeld neben Kostenerstattung

Der Versicherer zahlt mit Ausnahme des Entlassungstages für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus

a) ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 30 EUR, wenn für diesen Tag keine Kosten für bessere Unterbringung geltend gemacht werden, oder

b) ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 60 EUR, wenn für diesen Tag keine Kosten für privatärztliche Behandlung geltend gemacht werden.

4 Krankenhaustagegeld anstelle von Kostenerstattung

Wenn aus diesem Tarif keinerlei andere Versicherungsleistungen geltend gemacht werden, zahlt der Versicherer mit Ausnahme des Entlassungstages für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 90 EUR.

5 Leistungsausschluss

Keine Leistungspflicht besteht für die im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. für die in Beihilfe- oder Heilfürsorgevorschriften vorgesehenen Zuzahlungen (Eigenbeteiligungen).

KVB-073 11.19

Tarif uni-SZ II

für stationäre Heilbehandlung und Entbindung im Krankenhaus mit Selbstbeteiligung bei Unterbringung im Zweibettzimmer

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

Erfolgt die Versicherung zur Ergänzung einer Krankheitskostenvollversicherung, setzt der Abschluss des Tarifes uni-SZ II voraus, dass für die versicherte Person beim Versicherer eine Versicherung nach einem Tarif mit Kostenerstattung für stationäre Heilbehandlung, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird.

1 Versicherungsfähigkeit

1.1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif uni-SZ II sind:

a) Personen, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind;

b) Beihilfeberechtigte Personen und deren für Beihilfen bei Krankheit berücksichtigungsfähige Angehörige, sofern für diese, im vorstehenden Halbsatz genannten Personen, kein Anspruch auf Beihilfe für Wahlleistungen im Krankenhaus besteht.

1.2 Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich dieses Tarifes zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt. Der Versicherer ist berechtigt, über den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einen entsprechenden Nachweis zu verlangen.

2 Leistungen des Versicherers

2.1 Kostenerstattung

2.1.1 Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung oder Entbindung die Aufwendungen, die über den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der Beihilfe hinausgehen, und zwar:

a) die vom Krankenhaus gesondert berechenbaren Kosten (Zuschlag) für eine bessere Unterbringung im Zweibettzimmer;

b) bei privatärztlicher Behandlung die gesondert berechenbare Arzthonorare;

c) Krankentransportkosten zum und vom nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus, sofern unmittelbar eine vollstationäre Behandlung vorgesehen ist bzw. stattfand.

Zu den erstattungsfähigen Kosten gemäß 2.1.1. gehören auch Aufwendungen für stationäre Psychotherapie.

Die Aufwendungen gemäß a) und b) sind auch bei teilstationären Behandlungen sowie bei vor- und nachstationären Behandlungen gemäß § 115 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erstattungsfähig.

2.1.2 Wird die versicherte Person in einem Einbettzimmer untergebracht, werden für die Versicherungsleistungen nach Abschnitt 2.1.1 a) die gesondert berechenbaren Kosten berücksichtigt, die bei einer Unterbringung im Zweibettzimmer entstanden wären. Können solche Kosten nicht nachgewiesen werden, gelten 50 % des Zuschlages für die Unterbringung im Einbettzimmer als erstattungsfähig.

2.1.3 Nimmt eine gesetzliche Krankenkasse Abzüge gemäß § 39 (2) SGB V vor, weil der Versicherte ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus gewählt hat, so werden die dadurch entstehenden Mehrkosten zu 100 % erstattet, soweit sie für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz anfallen.

2.1.4 Kosten für die vom liquidationsberechtigten Chefarzt höchstpersönlich erbrachte Leistung der Operation selbst werden im tariflichen Rahmen bis zum 5fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet, wenn eine rechtsgültige individuelle „abweichende Vereinbarung“ gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde. Das gilt jedoch nicht für sonstige, im Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen aufgeführte Nummern, insbesondere operationsvorbereitende und -begleitende ärztliche Verrichtungen einschließlich Narkose.

2.2 Selbstbeteiligung bei besserer Unterbringung

2.2.1 Für jeden Tag einer stationären Heilbehandlung oder Entbindung, für den ein Zuschlag für bessere Unterbringung berechnet wird, ist vom Versicherungsnehmer eine Selbstbeteiligung in Höhe dieses Zuschlages, maximal jedoch täglich 25 EUR, zu zahlen. Für jede ununterbrochene stationäre Heilbehandlung oder Entbindung ist diese Selbstbeteiligung für längstens zehn Tage zu zahlen; Beurlaubungen bis zu zwei Tage gelten nicht als Unterbrechung.

2.2.2 Bei der Erstattung von Arzthonoraren, Krankentransportkosten und Aufwendungen gemäß Abschnitt 2.1.3 ist keine Selbstbeteiligung zu zahlen.

2.2.3 Tritt der Versicherungsnehmer mit Zustimmung des Versicherers seine Leistungsansprüche an das Krankenhaus ab und gibt der Versicherer dem Krankenhaus gegenüber eine entsprechende Kostenzusage, kann der Versicherer diese Kostenzusage auch ohne Einschränkung der Selbstbeteiligung geben. Eine solche Kostenzusage bedeutet jedoch keinen Verzicht auf die Selbstbeteiligung. Die Selbstbeteiligung wird in einem solchen Fall mit anderen Versicherungsleistungen - auch aus sonstigen Tarifen - verrechnet oder dem Versicherungsnehmer direkt in Rechnung gestellt. Die Regelungen dieses Absatzes gelten sinngemäß bei der Verwendung der „Card für Privatversicherte“ (PKV-Chipkarte).

2.3 Krankenhaustagegeld neben Kostenerstattung

Der Versicherer zahlt mit Ausnahme des Entlassungstages für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus

a) ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 30 EUR, wenn für diesen Tag keine Kosten für bessere Unterbringung geltend gemacht werden,

oder

b) ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 60 EUR, wenn für diesen Tag keine Kosten für privatärztliche Behandlung geltend gemacht werden.

2.4 Krankenhaustagegeld anstelle von Kostenerstattung

Wenn aus diesem Tarif keinerlei andere Versicherungsleistungen geltend gemacht werden, zahlt der Versicherer mit Ausnahme des Entlassungstages für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 90 EUR.

2.5 Leistungseinschränkungen

2.5.1 Für stationäre psychotherapeutische Behandlung besteht der Versicherungsschutz innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 30 Behandlungstage. Bei einer über ein Jahresende hinaus gehenden stationären psychotherapeutischen Behandlung beginnt der Versicherungsschutz am 1. Januar erneut, längstens jedoch wieder für 30 Behandlungstage.

2.5.2 Aufwendungen bei stationärer Heilbehandlung wegen Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung sind nur dann mitversichert, wenn sie aufgrund eines Unfalles notwendig werden. Zahntechnische Material- und Laborkosten sind jedoch auch in diesem Fall vom Versicherungsschutz ausgenommen.

2.6 Leistungsausschluss

Keine Leistungspflicht besteht für die im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. für die in Beihilfevorschriften vorgesehenen Zuzahlungen (Eigenbeteiligungen).

3 Sonderregelung für Neugeborene

Abweichend von § 2 (2) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Teil I, kann der Versicherer auf Antrag des Versicherungsnehmers bei der Mitversicherung von Neugeborenen ab Geburt auf die Voraussetzung der Mindestvertragsdauer eines Elternteils verzichten.

4 Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit. Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

KVB-074 10.16

Tarif uni-KSKT

Tagegeld bei vollstationären Behandlungen in einem Krankenhaus, in einer Kuranstalt oder in einem Sanatorium

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Allgemeine Bestimmungen

1.1 Das Tagegeld kann in ganzen Vielfachen von 5 EUR versichert werden. Es muss mindestens 15 EUR betragen.

1.2 Der Aufnahme- und der Entlassungstag einer medizinisch notwendigen, vollstationären Heilbehandlung rechnen jeweils als ein voller Tag.

2 Tagegeld bei Aufenthalt in einem Krankenhaus

2.1 Für jeden Tag einer vollstationären Heilbehandlung der versicherten Person in einem Krankenhaus gemäß § 4 (4) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, bzw. gemäß § 4 (4.1) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II, wird Tagegeld gezahlt.

2.2 Begleitperson

Wird bei einer vollstationären Heilbehandlung eines versicherten Kindes (bis zum vollendeten 15. Lebensjahr) ein Elternteil oder ein Großelternteil zur Begleitung im Krankenhaus aufgenommen, so verdoppelt sich das für das Kind vereinbarte Tagegeld für die Dauer der Begleitung. Dies gilt nicht für die ersten zehn Tage nach der Geburt des versicherten Kindes. Eine Person gilt nicht als Begleitperson, solange sie selbst stationär behandelt wird. Durch eine Bescheinigung des Krankenhauses ist der Name der Begleitperson und die Dauer der Begleitung nachzuweisen.

2.3 Entbindungspauschale

Bei einem vollstationären Krankenhausaufenthalt wegen Entbindung, der bis zu zehn Tage dauert, wird eine Pauschale von 10 Tagessätzen gezahlt. Ein weiterer Anspruch entsteht bei, aus medizinischen Gründen längerer Aufenthaltsdauer.

2.4 Bonus

Dauert eine vollstationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus insgesamt höchstens 7 Tage, so erhöht sich die Versicherungsleistung um die Hälfte (= Bonus), es sei denn, es wird aufgrund Ziffer 2.2 doppeltes Tagegeld oder aufgrund Ziffer 2.3 eine Entbindungspauschale gezahlt. Bei mehreren Krankenhausaufenthalten in einem Kalenderjahr, wird der Bonus gezahlt, wenn die Gesamtanzahl der Krankenhaustage höchstens 7 Tage im Kalenderjahr beträgt.

3 Tagegeld bei Aufenthalt in einer Kuranstalt oder in einem Sanatorium

3.1 Der Versicherer zahlt Tagegeld, insgesamt für höchstens 23 Aufenthaltstage innerhalb von drei Kalenderjahren, wenn die versicherte Person

a) in einer Kuranstalt oder

b) in einem Sanatorium oder

c) in einer Krankenanstalt gemäß § 4 (5) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I,

vollstationär behandelt wird. Das gilt auch für eine vollstationäre Rehabilitationsmaßnahme oder Anschlussheilbehandlung eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers.

3.2 Das Tagegeld beträgt bei Behandlungen nach Ziffer 3.1

a) bis zum vollendeten 40. Lebensjahr 100 %,

b) ab dem vollendeten 40. bis zum vollendeten 65. Lebensjahr 50 %,

c) ab dem vollendeten 65. Lebensjahr 25 %

des Tagessatzes.

3.3 Der Versicherer zahlt bei einem Aufenthalt gemäß Ziffer 3.1 c) das Tagegeld nach Ziffer 2, wenn er dafür vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben hat oder wenn er sich aufgrund § 4 (5.1) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II, auf eine fehlende Zusage nicht berufen kann.

4 Dynamisierung des Tagegeldes zur Realwerterhaltung

4.1 Voraussetzung

Für alle versicherten Personen, die zum Anpassungszeitpunkt mindestens zwei Jahre ununterbrochen nach Tarif uni-KSKT versichert sind, wird das Tagegeld zur Werterhaltung erhöht.

4.2 Anpassungszeitpunkt

Der Versicherer erhöht das Tagegeld erstmals zum 1. Juli 2014 und danach in zweijährigen Abständen zum 1. Juli des betreffenden Jahres.

4.3 Leistungsanpassung

4.3.1 Im Jahr der Leistungsanpassung übersendet der Versicherer dem Versicherungsnehmer vor dem Anpassungszeitpunkt einen Nachtrag zum Versicherungsschein, der das neue Tagegeld, den Anpassungszeitpunkt und den neuen Beitrag enthält. Eventuell vereinbarte besondere Bedingungen (insbesondere Leistungseinschränkungen, Leistungsausschlüsse) gelten auch für das hinzukommende Tagegeld.

4.3.2 Der Beitrag für das hinzukommende Tagegeld wird für die jeweilige versicherte Person nach deren Geschlecht und dem zum Anpassungszeitpunkt erreichten tariflichen Lebensalter (= Unterschied zwischen dem Jahr der Anpassung und dem Geburtsjahr) berechnet; Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht, wie der Tarifbeitrag. Es gelten die jeweils für Neueintretende gültigen technischen Berechnungsgrundlagen mit der darin enthaltenen Beitragstabelle. Alle weiteren Einzelheiten der Leistungsanpassung sind in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

4.3.3 Das Tagegeld einer versicherten Person wird im selben Verhältnis erhöht, wie der durchschnittliche Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung am 1. Januar des Jahres der Leistungsanpassung gegenüber dem 1. Januar des Vorvorjahres gestiegen ist. Der durchschnittliche Höchstbeitrag bemisst sich nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenkassen (§ 247 SGB V) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Absatz 3 SGB V). Das neue Tagegeld wird auf volle 5 EUR aufgerundet.

4.3.4 Ergibt der Zweijahresvergleich gemäß Ziffer 4.3.3 eine Senkung des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung, so kann auf Antrag des Versicherungsnehmers das Tagegeld einer versicherten Person unter Beachtung von Ziffer 1.1 entsprechend herabgesetzt werden.

4.4 Zustandekommen der Leistungsanpassung

Die Leistungsanpassung gilt als angenommen, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Zugang des Nachtrages zum Versicherungsschein in Textform widerspricht. Auf diese Rechtsfolge wird der Versicherungsnehmer bei Zusendung des Nachtrages zum Versicherungsschein nochmals ausdrücklich hingewiesen.

4.5 Erlöschen des Rechts auf Leistungsanpassung

Das Recht auf weitere Anpassungen für eine versicherte Person erlischt, wenn der Versicherungsnehmer für diese versicherte Person mehr als zweimal unmitttelbar hintereinander widersprochen hat. Es kann jedoch auf Antrag des Versicherungsnehmers mit Zustimmung des Versicherers neu begründet werden.

4.6 Sondervorteile

Eine Leistungsanpassung wird ohne erneute Gesundheitsprüfung vorgenommen. Der höhere Versicherungsschutz beginnt ohne Wartezeiten (§ 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und Teil II) auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle mit dem Anpassungszeitpunkt.

KVB-075 12.12

Ergänzungstarif uni-KU

für Kur- und Sanatoriumsbehandlung

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Versicherungsfähigkeit

1.1 Der Abschluss des Ergänzungstarifs uni-KU setzt voraus, dass beim Versicherer eine Versicherung nach einem Tarif mit Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird (Grundtarife).

Fällt ein Grundtarif fort, so endet zum selben Zeitpunkt auch der Ergänzungstarif uni-KU.

1.2 Versicherbar sind Tagessätze in Vielfachen von 5 EUR, mindestens 10 EUR.

2 Leistungen des Versicherers

2.1 Für ärztlich verordnete Kur- und Sanatoriumsbehandlung wird ein Kurtagegeld gezahlt.

2.2 Bei Unterbringung in unter ständiger ärztlicher Aufsicht stehenden Kurkrankenanstalten (Sanatorien, Kurkliniken, Kurheimen oder Heilstätten) wird gegen einen Unterbringungsnachweis das versicherte Kurtagegeld in voller Höhe gezahlt.

2.3 Bei Aufenthalt in einem Heilbad oder Kurort zur ambulanten Kurbehandlung außerhalb des Wohnortes des Versicherten wird das versicherte Kurtagegeld zur Hälfte gezahlt.

2.4 Das Kurtagegeld wird für höchstens 28 Tage innerhalb von 2 Kalenderjahren gezahlt. Als erstes Kalenderjahr gilt das Jahr des Versicherungsbeginns.

2.5 Für Kuraufenthalte, die innerhalb von 4 Wochen nach einem mindestens 14tägigen Krankenhausaufenthalt beginnen, werden die Leistungen gem. 2.2 und 2.3 bis zu 42 Tagen gezahlt. Diese Leistungen werden auf die Leistungsgrenzen gem. 2.4 nicht angerechnet.

2.6 Gemäß § 5 (1) d) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, wird für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger aus Tarif uni-KU nicht geleistet.

3 Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit. Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

KVB-078 11.19

Tarif uni-SZ II-E

für stationäre Heilbehandlung und Entbindung im Krankenhaus mit Selbstbeteiligung bei Unterbringung im Zweibettzimmer zu einem besonderen Beitrag für Einsteiger

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

Erfolgt die Versicherung zur Ergänzung einer Krankheitskostenvollversicherung, setzt der Abschluss des Tarifes uni-SZ II-E voraus, dass für die versicherte Person beim Versicherer eine Versicherung nach einem Tarif mit Kostenerstattung für stationäre Heilbehandlung, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird.

1 Versicherungsfähigkeit

1.1 Versicherungsfähig nach Tarif uni-SZ II-E sind folgende Personen, solange sie das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:

a) Personen, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind;

b) beihilfeberechtigte Personen und deren für Beihilfen bei Krankheit berücksichtigungsfähige Angehörige, sofern für diese, im vorstehenden Halbsatz genannten Personen, kein Anspruch auf Beihilfe für Wahlleistungen im Krankenhaus besteht.

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach a) und b) ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen. Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich dieses Tarifes zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit nach a) und b) entfällt.

1.2 Die Versicherungsfähigkeit endet nach einer fünfjährigen Vertragsdauer, sofern keine Verlängerung nach Abschnitt 4.3 beantragt wird, in jedem Fall jedoch mit Ablauf des Monats, in dem das 40. Lebensjahr vollendet wird.

2 Leistungen des Versicherers

2.1 Kostenerstattung

2.1.1 Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung oder Entbindung die Aufwendungen, die über den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der Beihilfe hinausgehen, und zwar:

a) die vom Krankenhaus gesondert berechenbaren Kosten (Zuschlag) für eine bessere Unterbringung im Zweibettzimmer;

b) bei privatärztlicher Behandlung die gesondert berechenbaren Arzthonorare;

c) Krankentransportkosten zum und vom nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus, sofern unmittelbar eine vollstationäre Behandlung vorgesehen ist bzw. stattfand.

Zu den erstattungsfähigen Kosten gemäß 2.1.1. gehören auch Aufwendungen für stationäre Psychotherapie.

Die Aufwendungen gemäß a) und b) sind auch bei teilstationären Behandlungen sowie bei vor- und nachstationären Behandlungen gemäß § 115 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erstattungsfähig.

2.1.2 Wird die versicherte Person in einem Einbettzimmer untergebracht, werden für die Versicherungsleistungen nach Abschnitt 2.1.1 a) die gesondert berechenbaren Kosten berücksichtigt, die bei einer Unterbringung im Zweibettzimmer entstanden wären. Können solche Kosten nicht nachgewiesen werden, gelten 50 % des Zuschlages für die Unterbringung im Einbettzimmer als erstattungsfähig.

2.1.3 Nimmt eine gesetzliche Krankenkasse Abzüge gemäß § 39 (2) SGB V vor, weil der Versicherte ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus gewählt hat, so werden die dadurch entstehenden Mehrkosten zu 100 % erstattet, soweit sie für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz anfallen.

2.1.4 Kosten für die vom liquidationsberechtigten Chefarzt höchstpersönlich erbrachte Leistung der Operation selbst werden im tariflichen Rahmen bis zum 5fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet, wenn eine rechtsgültige individuelle „abweichende Vereinbarung“ gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde. Das gilt jedoch nicht für sonstige, im Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen aufgeführte Nummern, insbesondere operationsvorbereitende und -begleitende ärztliche Verrichtungen einschließlich Narkose.

2.2 Selbstbeteiligung bei besserer Unterbringung

2.2.1 Für jeden Tag einer stationären Heilbehandlung oder Entbindung, für den ein Zuschlag für bessere Unterbringung berechnet wird, ist vom Versicherungsnehmer eine Selbstbeteiligung in Höhe dieses Zuschlages, maximal jedoch täglich 25 EUR, zu zahlen. Für jede ununterbrochene stationäre Heilbehandlung oder Entbindung ist diese Selbstbeteiligung für längstens zehn Tage zu zahlen; Beurlaubungen bis zu zwei Tage gelten nicht als Unterbrechung.

2.2.2 Bei der Erstattung von Arzthonoraren, Krankentransportkosten und Aufwendungen gemäß Abschnitt 2.1.3 ist keine Selbstbeteiligung zu zahlen.

2.2.3 Tritt der Versicherungsnehmer mit Zustimmung des Versicherers seine Leistungsansprüche an das Krankenhaus ab und gibt der Versicherer dem Krankenhaus gegenüber eine entsprechende Kostenzusage, kann der Versicherer diese Kostenzusage auch ohne Einschränkung der Selbstbeteiligung geben. Eine solche Kostenzusage bedeutet jedoch keinen Verzicht auf die Selbstbeteiligung. Die Selbstbeteiligung wird in einem solchen Fall mit anderen Versicherungsleistungen - auch aus sonstigen Tarifen - verrechnet oder dem Versicherungsnehmer direkt in Rechnung gestellt. Die Regelungen dieses Absatzes gelten sinngemäß bei der Verwendung der „Card für Privatversicherte“ (PKV-Chipkarte).

2.3 Krankenhaustagegeld neben Kostenerstattung

Der Versicherer zahlt mit Ausnahme des Entlassungstages für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus

a) ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 30 EUR, wenn für diesen Tag keine Kosten für bessere Unterbringung geltend gemacht werden,

oder

b) ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 60 EUR, wenn für diesen Tag keine Kosten für privatärztliche Behandlung geltend gemacht werden.

2.4 Krankenhaustagegeld anstelle von Kostenerstattung

Wenn aus diesem Tarif keinerlei andere Versicherungsleistungen geltend gemacht werden, zahlt der Versicherer mit Ausnahme des Entlassungstages für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 90 EUR.

2.5 Leistungseinschränkungen

2.5.1 Für stationäre psychotherapeutische Behandlung besteht der Versicherungsschutz innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 30 Behandlungstage. Bei einer über ein Jahresende hinaus gehenden stationären psychotherapeutischen Behandlung beginnt der Versicherungsschutz am 1. Januar erneut, längstens jedoch wieder für 30 Behandlungstage.

2.5.2 Aufwendungen bei stationärer Heilbehandlung wegen Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung sind nur dann mitversichert, wenn sie aufgrund eines Unfalles notwendig werden. Zahntech-

nische Material- und Laborkosten sind jedoch auch in diesem Fall vom Versicherungsschutz ausgenommen.

2.6 Leistungsausschluss

Keine Leistungspflicht besteht für die im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. für die in Beihilfevorschriften vorgesehenen Zuzahlungen (Eigenbeteiligungen).

3 Sonderregelung für Neugeborene

Abweichend von § 2 (2) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Teil I, kann der Versicherer auf Antrag des Versicherungsnehmers bei der Mitversicherung von Neugeborenen ab Geburt auf die Voraussetzung der Mindestvertragsdauer eines Elternteils verzichten.

4 Umstellung des Tarifes uni-SZ II-E in den Tarif uni-SZ II

4.1 Während des Bestehens des Tarifes uni-SZ II-E kann der Versicherungsnehmer jederzeit in Textform die Umstellung in den Tarif uni-SZ II zum Ersten des Monats verlangen, der auf den Zugang seiner Erklärung beim Versicherer folgt.

4.2 Der Tarif uni-SZ II-E wird für eine versicherte Person zum Ersten des Monats, der auf die Vollendung einer fünfjährigen Vertragsdauer folgt, in den Tarif uni-SZ II umgestellt, in jedem Fall jedoch zum Ersten des Monats, der auf die Vollendung des 40. Lebensjahres folgt.

4.3 Wird der Tarif uni-SZ II-E für eine versicherte Person vor Vollendung des 40. Lebensjahres wegen Erreichen der fünfjährigen Versicherungsdauer in den Tarif uni-SZ II umgestellt, kann der Versicherungsnehmer bei Arbeitslosigkeit oder einer außergewöhnlichen wirtschaftlichen Notlage einmalig eine Verlängerung des Tarifes uni-SZ II-E um weitere fünf Jahre beantragen, längstens jedoch bis zum Ende des Monats, in dem das 40. Lebensjahr vollendet wird. Die Verlängerung kann innerhalb von zwei Monaten nach Umstellung in den Tarif uni-SZ II beantragt werden. Der Beitrag richtet sich ab der Verlängerung nach dem zu Beginn der Verlängerung geltenden tariflichen Eintrittsalter; Abschnitt 5 bleibt unberührt.

Nach Ablauf der Verlängerung wird der Tarif uni-SZ II-E zum Ersten des Folgemonats in den Tarif uni-SZ II umgestellt.

4.4 Das außerordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers ist in § 13 (4) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, geregelt.

5 Leistungen des Versicherungsnehmers

5.1 Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit. Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

5.2 Mit dem Wirksamwerden der Tarifumstellung nach Abschnitt 4 ist der für den Tarif uni-SZ II geltende Beitrag zu entrichten. Dieser richtet sich nach dem zum Zeitpunkt der Tarifumstellung erreichten Eintrittsalter gemäß § 8 a (1.1) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II.

5.3 Bei einer Beitragsanpassung nach § 8 b Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, wird abweichend von § 8 a (2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, für eine versicherte Person das bei Beginn des Tarifs uni-SZ II-E geltende tarifliche Eintrittsalter zugrunde gelegt. Tritt jedoch die Beitragsanpassung nach Vereinbarung einer Verlängerung gemäß Abschnitt 4.3 in Kraft, wird das bei Beginn der Verlängerung geltende tarifliche Eintrittsalter zugrunde gelegt.

KVB-079 11.19

Tarif uni-SZ-E

für stationäre Heilbehandlung und Entbindung im Krankenhaus bei Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer zu einem besonderen Beitrag für Einsteiger

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähigkeit im Tarif uni-SZ-E besteht für die nachstehend aufgeführten Personen, solange sie das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:

a) Personen, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind;

b) Personen mit Anspruch auf Beihilfe des öffentlichen Dienstes (Beihilfeberechtigte) und deren für Beihilfen bei Krankheit berücksichtigungsfähige Angehörige, sofern für diese, im vorstehenden Halbsatz genannten Personen, kein Anspruch auf Beihilfe für Wahlleistungen im Krankenhaus besteht.

2 Wartezeiten

Die Wartezeiten gemäß § 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, entfallen für die versicherten Personen des Abschnittes 1 b), die sich in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf befinden (Anwärter, Referendare und Vikare) und weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen erhalten sowie für deren für Beihilfen bei Krankheit berücksichtigungsfähige, im Tarif uni-SZ-E versicherte Angehörige.

3 Leistungen des Versicherers

3.1 Kostenersatz

3.1.1 Nach Vorleistung des gesetzlichen Versicherers bzw. der Festsetzungsstelle für Beihilfe sind erstattungsfähig:

a) die vom Krankenhaus gesondert berechenbaren Kosten der Wahlleistungen für bessere Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz,

b) Arzthonorare,

c) Transportkosten zum und vom nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus.

Zu den erstattungsfähigen Kosten gehören auch Aufwendungen für

- Isotopenbehandlungen,
- eiserne Lunge,
- Herzschrittmacher,
- stationäre Blutdialyse (künstliche Niere),
- Organverpflanzungen,
- teilstationäre Behandlungen,
- vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

Zu den erstattungsfähigen Kosten gemäß 3.1.1. gehören auch Aufwendungen für stationäre Psychotherapie.

3.1.2 Falls ein Krankenhaus nicht nach Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz abrechnet, sind die Mehrkosten für die bessere Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer erstattungsfähig.

3.1.3 Wenn kein gesetzlicher Versicherer leistungspflichtig ist, werden die Kosten gemäß 3.1.1 erstattet, die über den Leistungsumfang der gesetzlichen Versicherung hinausgehen.

3.1.4 Nimmt eine gesetzliche Krankenkasse Abzüge gemäß § 39 (2) SGB V vor, weil der Versicherte ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus gewählt hat, so werden auch die dadurch entstehenden Mehrkosten mit 100 % erstattet.

3.2 Krankenhaustagegeld neben Kostenersatz

Wird vom Versicherungsnehmer nur auf eine der nachstehenden Leistungen verzichtet, zahlt der Versicherer für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus

- bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung 60 EUR Krankenhaustagegeld

- bei Verzicht auf die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer 40 EUR Krankenhaustagegeld.

3.3 Krankenhaustagegeld anstelle von Kostenersatz

Anstelle der Leistungen gemäß 3.1 und 3.2 zahlt der Versicherer für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus 100 EUR Krankenhaustagegeld, wenn auf Kostenersatz verzichtet wird oder dies für den Versicherungsnehmer günstiger ist.

4 Beendigung des Tarifes uni-SZ-E

4.1 Der Tarif uni-SZ-E endet für eine versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem für sie eine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit gemäß Abschnitt 1 wegfällt bzw. zu dem Zeitpunkt, zu dem die Umstellung in den Tarif uni-SZ gemäß Abschnitt 5.1 beantragt wird.

4.2 Der Wegfall der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit gemäß Abschnitt 1 a) und b) ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen.

5 Umstellung des Tarifes uni-SZ-E in den Tarif uni-SZ

5.1 Während des Bestehens des Tarifes uni-SZ-E kann der Versicherungsnehmer jederzeit in Textform die Umstellung in den Tarif uni-SZ zum Ersten des Monats verlangen, der auf den Zugang seiner Erklärung beim Versicherer folgt.

5.2 Nach Beendigung des Tarifes uni-SZ-E gemäß Abschnitt 4 wird der Vertrag in unmittelbarem Anschluss im Tarif uni-SZ fortgesetzt. Voraussetzung dafür ist, dass für die jeweilige Person nicht zusätzlich Versicherungsschutz nach einem Tarif mit Anspruch auf Kostenerstattung bei stationärer Heilbehandlung besteht.

6 Beiträge

6.1 Innerhalb von 36 Monaten findet während des Bestehens des Tarifes uni-SZ-E keine Beitragserhöhung wegen Älterwerdens statt. Nach diesem Zeitraum wird für die versicherte Person vom Beginn des Folgemonats an der für Neuzugänge gültige Beitrag des zu diesem Zeitpunkt erreichten Alters gezahlt. § 8 b Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und II, bleibt unberührt.

6.2 Mit Wirksamwerden der Tarifumstellung nach Abschnitt 5 ist der für den Tarif uni-SZ geltende Beitrag zu entrichten. Dieser richtet sich nach dem zum Zeitpunkt der Tarifumstellung erreichten tariflichen Eintrittsalter gemäß § 8 a (1.1) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II.

6.3 Das außerordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers aus Anlass einer Beitragserhöhung nach den Bestimmungen der Abschnitte 6.1 bzw. 6.2 ist in § 13 (4) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, geregelt.

Krankentagegeld

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung

Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KT 2009) und

Teil II Tarifbedingungen (TB/KT) der uniVersa Krankenversicherung a. G.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.

Versicherungsfähigkeit, Aufnahmefähigkeit

(1.1) Versicherungsfähig sind Personen bis zum vollendeten 67. Lebensjahr, soweit sie bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfallfolgen einen Verdienstausfall nachweisen können, mit einem Krankentagegeld, das zusammen mit anderen Einnahmen das tägliche Durchschnittsnettoeinkommen nicht übersteigt. In den Tarifstufen 4, 8, 15, 22 und 29 jedoch nur Personen, die selbständig sind und aus eigenem Einkommen zur Einkommensteuer veranlagt werden.

(1.2) Aufnahmefähig sind versicherungsfähige Personen der Eintrittsalter 18 bis 66 Jahre. Personen, die das 67. Lebensjahr vollendet haben, können zu besonderen Bedingungen versichert werden.

Tarif KTM

(1.3) Nach Tarif KTM sind Ärzte/innen, Zahnärzte/innen und Tierärzte/innen versicherungsfähig. Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit im Tarif KTM gemäß § 1 (1.3) wird der Vertrag nach Tarif KT ohne neue Wartezeiten und ohne neue Gesundheitsprüfung fortgeführt, wenn Versicherungsfähigkeit nach Tarif KT gegeben ist. Die Tarifänderung erfolgt zum 1. des Monats, in dem die entsprechende Mitteilung des Versicherungsnehmers in Textform beim Versicherer eingeht.

(1.4) Soweit im Versicherungsvertrag keine besonderen Bedingungen vereinbart sind, erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf Berufskrankheiten und Berufsunfälle.

(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.

(2.1) Als Versicherungsfall gilt auch die Entbindung.

(3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.

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

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in andere Tarife mit gleichartigem 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 einzuhalten. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

(5.1) Zu den erworbenen Rechten gemäß § 1 (5) gehört auch die Risikoeinstufung bei Vertragsabschluss aufgrund des vom Versicherer überprüften Gesundheitszustandes (Risikograd) der versicherten Person. Diese Einstufung darf der Versicherer bei einer Umwandlung in Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz nicht zu Lasten des Versicherungsnehmers unter Hinweis auf eine etwaige im Zieltarif andere Bewertung oder Bewertungsmethode des bei Vertragsbeginn festgestellten Risikograde ändern.

(5.2) War bei einer Tarifumwandlung nach § 1 (5) für den bisherigen Tarif kein Risikozuschlag vereinbart, ist auch im neuen Tarif, vorbehaltlich der Regelung gemäß § 1 (5.3) kein Risikozuschlag zu bezahlen. War jedoch für den bisherigen Tarif bereits ein Risikozuschlag vereinbart, wird er im neuen Tarif gemäß § 8 a (3) angepasst.

(5.3) Das Recht des Versicherers, bei einer Tarifumwandlung in Zieltarife mit höherem oder umfassenderem Versicherungsschutz nach § 1 (5) Satz 4 für die Mehrleistungen Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse verlangen zu können bleibt unberührt. Ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten.

(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.

(7.1) Bei Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit während eines vorübergehenden Aufenthaltes im europäischen Ausland wird das Krankentagegeld auch bei ambulanter Behandlung gezahlt, wenn und solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt.

(7.2) Während eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld im vertraglichen Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus 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.

§ 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 2 des Mutterschutzgesetzes sowie am Entbindungstag entsteht, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist. Für diesen Versicherungsfall gelten die Bestimmungen der § 1 und §§ 2 bis 18 sinngemäß, soweit sich aus den nachfolgenden Absätzen keine Abweichungen ergeben.

(2) Der Versicherer zahlt für die Dauer dieser Schutzfristen und am Entbindungstag ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang ungeachtet der Leistungsausschlüsse nach § 5. Soweit der versicherten Person in diesem Zeitraum ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch oder nach dem Mutterschutzgesetz,

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

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

(4) Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes und der Tag der Entbindung sind durch den Versicherungsnehmer nachzuweisen. Dieser trägt etwaige Kosten des Nachweises .

(5) Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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.

(1) Die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes gelten entsprechend bei der nachträglichen Mitversicherung von Personen.

(2) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes bzw. des erhöhten Versicherungsschutzes eingetreten sind und noch andauern, wird ab dem im Versicherungsschein bezeichneten Beginn der Versicherung oder Vertragsänderung geleistet, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf der Wartezeiten. Die Pflicht des Versicherungsnehmers zur Anzeige aller im Antrag gefragten Umstände bleibt hiervon unberührt.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

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

(3.1) Die vorstehenden besonderen Wartezeiten entfallen.

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

Wartezeiterlass

(4.1) Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird. Die uniVersa stellt dafür einen Vordruck zur Verfügung.

(4.2) Bei Personen, die mit ihrer Krankheitskostenvollversicherung von einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung zur uniVersa wechseln, kann auch die allgemeine Wartezeit erlassen werden, wenn bestimmte, im Antrag auf Abschluss der Krankenversicherung genannte Voraussetzungen erfüllt sind.

(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.

(5.1) Die Versicherungszeit in der gesetzlichen Krankenversicherung wird auf die Wartezeiten für den gesamten versicherten Tagessatz angerechnet. Diese Regelung gilt entsprechend für Personen, die aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge ausscheiden.

(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.

(1.1) a) Krankentagegeld wird für jeden Tag der Arbeitsunfähigkeit gemäß der vereinbarten Tarifstufe gezahlt. Die Leistungsdauer ist zeitlich nicht begrenzt.

b) Bei Entbindungen erhalten weibliche Versicherte in Abweichung von § 1 (1) gegen Vorlage einer Geburtsurkunde ein pauschales Tagegeld in Höhe des zehnfachen des versicherten Krankentagegeldes (Entbindungsgeld).

(1.2) Sonderbedingungen für Arbeitnehmer

Hat der Arbeitgeber Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit bei der Gehalts- oder Lohnfortzahlung berechtigterweise zusammengerechnet, so werden sie bei Beginn der Krankentagegeldleistungen ebenfalls zusammengefasst.

(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.

(2.1) Dieser Durchschnittsverdienst ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

(2.2) Als Nettoeinkommen gilt bei Selbständigen der vereinbarte Vomhundertsatz - höchstens jedoch 75 Prozent - des nach den Vorschriften des Einkommensteuergesetzes ermittelten Gewinns vor Steuern.

(2.3) Als Nettoeinkommen gilt bei Arbeitnehmern das aus der Berufstätigkeit herrührende Einkommen abzüglich der direkten Steuern (Einkommensteuer, Kirchensteuer und Solidaritätszuschlag) sowie der Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung (Arbeitslosenversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung).

(2.4) Bei der Ermittlung des versicherbaren Krankentagegeldes können folgende Beträge dem versicherbaren Nettoeinkommen hinzugerechnet werden:

a) Beitragszahlungen zur Abdeckung von Anrechnungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung,

b) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung und an die Bundesagentur für Arbeit, soweit diese vom Krankengeld einer gesetzlichen Krankenversicherung abgezogen werden,

c) Beiträge zu einer privaten Krankenversicherung.

(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 maß-

gebenden 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.

(4.1) Ist nach § 4 (4) ein Krankentagegeld herabgesetzt, so hat der Versicherungsnehmer das Recht, innerhalb von zwei Jahren nach dem Wirksamwerden der Herabsetzung eine Heraufsetzung des Krankentagegeldes ohne neue Gesundheitsprüfung zu verlangen, wenn sich sein Nettoeinkommen wieder erhöht.

Das Krankentagegeld kann dann bis zur Höhe des ursprünglichen Krankentagegeldes heraufgesetzt werden. Der Versicherer kann auch hierfür einen Einkommensnachweis verlangen.

(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, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

(7.1) Eine ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist bis zum letzten Karenztag durch Vorlage eines Nachweises gemäß § 4 (7.4) anzuzeigen.

(7.2) Wird eine Arbeitsunfähigkeit nicht innerhalb der in § 4 (7.1) aufgeführten Fristen angemeldet, so gilt als erster Leistungstag der Zugangstag der Anmeldebescheinigung.

(7.3) Bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit ist diese vom Arzt wöchentlich bescheinigen zu lassen und wöchentlich nachzuweisen. In medizinisch begründeten Fällen kann die Frist vom Versicherer verlängert werden.

Erfolgt dieser Nachweis nicht fristgerecht, so gilt eine Bescheinigung nur für die Woche vor dem Zugang, wenn in dieser Zeit noch Arbeitsunfähigkeit bestand.

(7.4) Die ärztliche Bescheinigung muss den Namen und die Anschrift des Versicherten, die vollständige Krankheitsbezeichnung (Diagnose), den Beginn der Arbeitsunfähigkeit, deren voraussichtliche Dauer oder das Ende der Arbeitsunfähigkeit enthalten.

Für Vorausbestätigungen besteht keine Leistungspflicht.

(8) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(9.1) Abweichend von § 4 (9) kann sich der Versicherer auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn

a) es sich um eine Notfalleinweisung handelte, oder

b) die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war, oder

c) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte oder

d) sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt verordnete weitere Heilbehandlung in einer anderen Krankenanstalt anschließt und diese Heilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern (Anschlussheilbehandlung).

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

(11.1) Allgemeine Leistungsanpassung

a) Dem Versicherungsnehmer wird alle zwei Jahre Gelegenheit gegeben, das vereinbarte Krankentagegeld entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung zu erhöhen. Das Nettoeinkommen der versicherten Person darf dabei nicht überschritten werden (vgl. § 4 (2)). Die Anpassung wird allen Versicherungsnehmern angeboten, deren Vertrag zur Zeit der Anpassung mindestens ein Jahr bestanden hat und für die ein Krankentagegeld von mindestens 15 EUR versichert ist.

b) Die Anpassung kann nur auf einem dem Versicherungsnehmer im Anpassungsjahr übersandten Vordruck beantragt werden. Dieser Vordruck nennt die Tagegeldhöhe, bis zu der angepasst werden kann und die Frist für seine Rückgabe. Sind die Antragsvoraussetzungen erfüllt, werden die fristgerecht eingehenden Anträge ohne erneute Risikoprüfung angenommen. Die Anpassung wird dann ohne erneute Wartezeiten zum Ersten des Monats wirksam, der auf den Zugang des Antrags beim Versicherer folgt. In Abweichung von § 2 beginnt der Versicherungsschutz auch für laufende Versicherungsfälle mit dem Ersten dieses Monats.

c) Versicherungsnehmer, welche eine Leistungsanpassung ablehnen, ohne dass ein Grund nach § 4 (2) vorliegt, werden von den folgenden Leistungsanpassungen ausgeschlossen, es sei denn, sie unterziehen sich einer erneuten Gesundheitsprüfung.

(11.2) Besondere Leistungsanpassung

Erhöht sich das Nettoeinkommen oder ändert sich bei Arbeitnehmern die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgeltes, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung des Versicherungsschutzes (Erhöhung des versicherten Krankentagegeldes oder Wechsel der Tarifstufe). Dabei finden die Bestimmungen über eine Erhöhung des Versicherungsschutzes grundsätzlich Anwendung. Für das zusätzlich versicherte Krankentagegeld entfallen die Wartezeiten und eine erneute Gesundheitsprüfung. Bestehende Risikoausgleichsbeiträge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.

Für den bisherigen Versicherungsschutz vereinbarte besondere Bedingungen gelten auch für das zusätzlich versicherte Krankentagegeld.

Die Vergünstigungen finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Anpassung des Versicherungsschutzes spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Nettoeinkommens und nur in diesem Umfang bzw. nach Änderung der Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgeltes und nur in entsprechendem Rahmen gestellt wird.

Bei Selbständigen gilt als Stichtag für die Einkommenserhöhung der Tag, an dem der Versicherte die Einkommensteuererklärung, aus der die Änderung ersichtlich ist, beim Finanzamt eingereicht hat.

Bei Arbeitnehmern gilt als Stichtag der Erste des Monats, in dem eine Gehaltserhöhung in Kraft tritt oder sich die Gehaltsfortzahlungsdauer ändert.

Die Anpassung des Versicherungsschutzes kann nur zum Ersten des Monats, in dem die Erhöhung des Nettoeinkommens oder die Änderung der Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgeltes in Kraft tritt, oder zum Ersten des Folgemonats beantragt werden. Vom Versicherungsnehmer ist zu bestätigen, dass die beantragte Erhöhung des Krankentagegeldes der Erhöhung des Nettoeinkommens entspricht, zusammen mit sonstigen Krankentage- oder Krankengeldern das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigt und/oder der Leistungsbeginn der neuen Tarifstufe nicht in die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgeltes fällt.

Auf Verlangen des Versicherers sind über die Erhöhung des Nettoeinkommens, über die Änderung der Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgeltes sowie über den Stichtag der Änderung entsprechende Nachweise zu erbringen.

Für die zum Zeitpunkt einer Erhöhung bereits eingetretenen Versicherungsfälle besteht kein Anspruch auf die höheren Leistungen, sofern der Versicherungsfall vor Eingang des Erhöhungsantrages beim Versicherer eingetreten ist.

(12) Für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gelten die Bestimmungen der Satzung.

Danach darf die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nur zur Ausschüttung an die Mitglieder verwendet werden. Als Form der Ausschüttung kann die Mitgliedervertretung wählen:

- Auszahlung an die Mitglieder
- Beitragsgutschrift
- Leistungserhöhung
- Beitragssenkung
- Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Minderung von Beitragserhöhungen.

Die Mitgliedervertretung bestimmt, für welche Tarife und in welcher Höhe die Beitragsrückerstattung ausgezahlt wird sowie nach welchen Bemessungsgrundsätzen.

§ 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 selbständig 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 Aufenthaltes arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;

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

(1.1) Keine Kriegsereignisse im Sinne von § 5 (1) a) sind Terroranschläge.

(1.2) Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) c) entfällt.

(1.3) Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) d) entfällt bei Fehlgeburt, bei Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer, eugenischer und ethischer Indikation sowie bei durch Schwangerschaft bedingten Krankheiten außerhalb der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen (Mutterschutz). Die Bestimmungen über die Mutterschutzfristen gelten sinngemäß auch für selbständig Tätige.

(1.4) Abweichend von § 5 (1) g) wird Krankentagegeld gezahlt, wenn im Verlauf einer Arbeitsunfähigkeit eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung bzw. eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erforderlich wird. Voraussetzung ist, dass der Versicherer vorher eine schriftliche Zusage gegeben hat. Dies gilt auch für Schonzeiten im Anschluss an eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung.

(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.

(2.1) Abweichend von § 5 (2) wird das versicherte Krankentagegeld im vertraglichen Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem Krankenhaus eines Heilbades oder Kurortes gezahlt.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

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

(3.1) Sind begründete Zweifel an der Empfangsberechtigung bekannt, wird der Versicherer Leistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen.

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

(4.1) Wenn dem Versicherer ein inländisches Konto zur Überweisung von Leistungen angegeben wird, werden keine Kosten für die Überweisung abgezogen.

(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 Buchstabe a oder b.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

(1.1) Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Jahresbeitrag bzw. die erste monatliche Beitragsrate am Tage des Versicherungsbeginns fällig, auch wenn der Versicherungsschein vorher ausgehändigt wird.

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

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

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

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (s. Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

(6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (s. 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.

(6.1) Endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich einer betroffenen versicherten Person aufgrund einer Kündigung nach § 13 (3) nicht zum Letzten eines Monats, verzichtet der Versicherer auf den Beitrag dieses Monats.

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

§ 8a Beitragsberechnung

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

(1.1) Als Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

(1.2) Risikozuschläge für erhöhte Risiken und für Aufenthalte im Ausland können vereinbart werden.

(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.

(1.1) Die Gegenüberstellung gemäß § 8b (1) Satz 2 erfolgt innerhalb eines jeden Tarifs getrennt nach Beobachtungseinheiten.

Für Tarife, bei denen die Beiträge geschlechtsabhängig erhoben werden gilt:
Der tariflich festzulegende Vomhundertsatz gemäß § 8b (1) beträgt für die Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen zehn Prozent. Der gesetzlich festgelegte Vomhundertsatz gem. § 8b (1) beträgt für die Gegenüberstellung der Sterbewahrscheinlichkeit fünf Prozent.

Für Tarife, bei denen die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden gilt:

Der tariflich festzulegende Vomhundertsatz gemäß § 8b (1) beträgt für die Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen fünf Prozent. Der gesetzlich festgelegte Vomhundertsatz gem. § 8b (1) beträgt für die Gegenüberstellung der Sterbewahrscheinlichkeit fünf Prozent.

(1.2) Definition der Beobachtungseinheiten:

Die Beobachtungseinheiten werden jeweils gebildet durch

- Männer einer Tarifstufe,
- Frauen einer Tarifstufe,

(Zum Begriff Tarifstufe vgl. Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.)

(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.

(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.

(3.1) Eine Nachuntersuchung gemäß § 9 (3) muss die versicherte Person innerhalb von drei Tagen nach Erhalt der Aufforderung durchführen lassen.

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

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

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. 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 (s. Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

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

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

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

(3) Wird eine versicherte Person 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.

(3.1) Zur Beitragszahlung bei Kündigungen gemäß § 13 (3) siehe § 8 (6.1).

(3.2) Anstelle der Kündigung gemäß § 13 (3) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass das Versicherungsverhältnis zu entsprechend herabgesetzten Beiträgen vorübergehend im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgeführt wird. Dieses Anrecht auf eine solche Fortführung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht beim Versicherer in Textform geltend zu machen. Die Fortführung erfolgt dann rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht. Bei späterer Geltendmachung erfolgt die Fortführung ab dem Ersten des Monats, der auf die Vorlage des Nachweises beim Versicherer folgt.

(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 nach § 4 Abs. 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

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

(6.1) Abweichend von § 13 (6) ist die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung der Versicherung mitzuteilen; die rückständigen Beiträge sind nachzuentrichten.

§ 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.

(1.1) Beschränkung des Kündigungsrechts

Soweit der Krankentagegeldvertrag in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung (ambulante Heilbehandlung, Zahnbehandlung, stationäre Heilbehandlung) besteht, verzichtet der Versicherer unabhängig davon, ob ein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht oder nicht, auch in den ersten drei Versicherungsjahren auf das ordentliche Kündigungsrecht.

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

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

(4) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird. Das gilt nicht für den Fall des § 13 Abs. 3.

§ 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;

aa) Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so verlängert sich die Drei-Monats-Frist des § 15 (1) a) auf zwölf Monate. Unberührt bleibt § 15 (1) b).

ab) Anstelle der Beendigung des Versicherungsverhältnisses nach § 15 (1) a) bzw. § 15 (1) aa) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass das Versicherungsverhältnis zu entsprechend herabgesetzten Beiträgen im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgeführt wird.

Dieses Anrecht auf eine solche Fortführung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach dem Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit beim Versicherer in Textform geltend zu machen.

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;

ba) Ab Eintritt der Berufsunfähigkeit, frühestens jedoch mit Ablauf der in § 15 (1) b) genannten Frist, kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass das Versicherungsverhältnis zu entsprechend herabgesetzten Beiträgen im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgeführt wird. Dieses Anrecht auf eine solche Fortführung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach Bekanntwerden der Berufsunfähigkeit beim Versicherer in Textform geltend zu machen.

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 (s. Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen.

ca) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person spätestens mit Vollendung des 67. Lebensjahres.

Vollendet die versicherte Person das 67. Lebensjahr und bestehen die übrigen Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit fort, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (s. Anhang) die Fortführung der 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.

ea) Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass das Versicherungsverhältnis zu entsprechend herabgesetzten Beiträgen im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgeführt wird. Dieses Anrecht auf eine solche Fortführung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beim Versicherer in Textform geltend zu machen. Die Fortführung erfolgt dann rückwirkend zum Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes. Bei späterer Geltendmachung erfolgt die Fortführung ab Beginn des der Geltendmachung folgenden Monats.

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

(2.1) Nähere Einzelheiten zur Fortführung des Vertrages bei Eintritt von Berufsunfähigkeit sind § 15 (1) ba) zu entnehmen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Klagefrist / Gerichtsstand

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

KVB-061 12.12

Tarif uni-KT

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KT 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KT) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Leistungen des Versicherers

Krankentagegeld für Versicherungen in der

Tarifstufe	15 ab	15. Tag jeder Arbeitsunfähigkeit (14 Karenztage)
Tarifstufe	22 ab	22. Tag jeder Arbeitsunfähigkeit (21 Karenztage)
Tarifstufe	29 ab	29. Tag jeder Arbeitsunfähigkeit (28 Karenztage)
Tarifstufe	43 ab	43. Tag jeder Arbeitsunfähigkeit (42 Karenztage)
Tarifstufe	92 ab	92. Tag jeder Arbeitsunfähigkeit (91 Karenztage)
Tarifstufe	183 ab	183. Tag jeder Arbeitsunfähigkeit (182 Karenztage)

Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit werden bei den Karenztagen zur Ermittlung des Beginns der Krankentagegeldleistungen nur für Arbeitnehmer gemäß § 4 (1.2) Tarifbedingungen (TB/KT) zusammengerechnet.

2 Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit.

Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

Pflegeversicherung

KVB-087 01.24

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die private Pflegepflichtversicherung nach Tarif PV

I. Bedingungsteil: MB/PPV 2024

Nur gültig in Verbindung mit dem Tarif PV

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 die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Absatz 6 festgelegten Schwere bestehen.

Ein Versicherungsfall für Leistungen nach § 4 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 Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Mobilität mit 10 Prozent,

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

3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(14) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

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

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge ab Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt für einen Elternteil eine Versicherungsdauer von mindestens drei Monaten erfüllt ist. Die Wartezeit nach § 3 gilt bei Neugeborenen als erfüllt, wenn am Tag der Geburt für einen Elternteil die Wartezeiten gemäß § 3 erfüllt ist. Die Anmeldung zur Versicherung soll spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgen.

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

§ 3 Wartezeit

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

(2) Sie beträgt bei erstmaliger Stellung eines Leistungsantrages zwei Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten zehn Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens zwei Jahre bestanden haben muss.

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

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

A. Leistungen bei häuslicher Pflege

(1) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 erhalten bei häuslicher Pflege Ersatz von Aufwendungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie für 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 Besitzstandsregelungen. Häusliche Pflegehilfe umfasst Leistungen, die darauf abzielen, Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der versicherten Person so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Bestand-

teil 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 Verhinderungspflege nach Absatz 6 für bis zu sechs Wochen und während einer Kurzzeitpflege nach Absatz 10 für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

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

(3a) Versicherte Personen in stationären Einrichtungen im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI (siehe Anhang), in 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, die Pflegegeld nach Absatz 2 beziehen, sind verpflichtet,

a) bei Pflegegrad 2 und 3 einmal halbjährlich,

b) bei Pflegegrad 4 und 5 einmal vierteljährlich

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch einen zugelassenen Pflegedienst, mit dem ein Versorgungsvertrag nach dem SGB XI besteht oder der von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannt worden ist, oder, sofern dies durch einen zugelassenen Pflegedienst vor Ort nicht gewährleistet werden kann, durch eine von dem Träger der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragte, jedoch von ihm nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung kann auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen mit nachgewiesener 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 im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 30. Juni 2024 jede zweite Beratung per Videokonferenz. Bei der Durchführung der Videokonferenz sind die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten. Die erstmalige Beratung nach den Sätzen 1 und 5 hat in der eigenen Häuslichkeit zu erfolgen.

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

(6) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, werden Aufwendungen einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr gemäß Nr. 3 des Tarifs PV erstattet. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die versicherte Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat und zum Zeitpunkt der Verhinderung bei der versicherten Person mindestens Pflegegrad 2 vorliegt.

(6a) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege einer versicherten Person der Pflegegrade 4 oder 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, gehindert, erstattet der Versicherer abweichend von Absatz 6 Satz 1 die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens acht Wochen je Kalenderjahr gemäß Nr. 3 des Tarifs PV. Abweichend von Absatz 6 Satz 2 ist es dabei nicht erforderlich, dass die Pflegeperson die versicherte Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.

In dem in Satz 1 genannten Fall der Verhinderung wird abweichend von Absatz 2 Satz 3 die Hälfte eines bisher bezogenen Pflegegeldes für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr fortgewährt. Dies gilt entsprechend für ein vor Beginn der Ersatzpflege bezogenes anteiliges Pflegegeld nach Absatz 5.

Dieser Absatz gilt bis zum 30. Juni 2025.

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

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

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

Pflegefachkräfte können im Rahmen ihrer Leistungserbringung für häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 oder im Rahmen eines Beratungseinsatzes nach Absatz 4 konkrete 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 selbständige Lebensführung der versicherten Person wiederhergestellt wird.

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

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

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

2. sie Leistungen nach den Absätzen 1, 2, 5, 16 oder 17 beziehen; pflegebedürftige Personen in Pflegegrad 1 müssen diese Voraussetzung nicht erfüllen,

3. in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Person durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen, und

4. keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen.

Leistungen nach Absatz 8 können zusätzlich zu diesem Zuschlag nur in Anspruch genommen werden, wenn sich aus den Feststellungen nach § 6 ergibt, dass die Pflege in einer ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist.

B. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)

(8) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei teilstationärer Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist, Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie für sonstige Leistungen gemäß Nr. 5 des Tarifs PV. Allgemeine Pflegeleistungen sind die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung für alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung. Der Anspruch setzt voraus, dass stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) in Anspruch genommen werden. Das sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) oder tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich besonderer Komfortleistungen, für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen sowie für betriebsnotwendige Investitions- und sonstige Kosten gemäß § 82 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 die 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 der Woche in ihrer häuslichen Umgebung pflegen, zahlt der Versicherer Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder auf Antrag an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung sowie an die Bundesagentur für Arbeit gemäß Nr. 8 des Tarifs PV. Die Feststellungen nach § 6 Abs. 2 umfassen dazu auch Ermittlungen, ob die Pflegeperson eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Wird die Pflege eines Pflegebedürftigen von mehreren Pflegepersonen erbracht (Mehrfachpflege), wird zudem der Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit je Pflegeperson im Verhältnis zum Umfang der von den Pflegepersonen zu leistenden Pflegetätigkeit insgesamt (Gesamtpflegeaufwand) ermittelt. Dabei werden die Angaben der beteiligten Pflegepersonen zugrunde gelegt. Werden keine oder keine übereinstimmenden Angaben gemacht, erfolgt eine Aufteilung zu gleichen Teilen.

Die Feststellungen zu den Pflegezeiten und zum Pflegeaufwand der Pflegeperson sowie bei Mehrfachpflege zum Einzel- und Gesamtpflegeaufwand trifft der Versicherer. Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr unterbricht die Beitragszahlung nicht. Üben mehrere Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, richtet sich die Höhe des vom Versicherer zu entrichtenden Beitrags nach dem Verhältnis des Umfanges der jeweiligen Pflegetätigkeit der Pflegeperson zum Umfang der Pflegetätigkeit insgesamt.

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

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

F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

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

(14a) Für Beschäftigte im Sinne des § 7 Abs. 1 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang), die für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung von ihrem Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 SGB V (siehe Anhang) oder nach § 45 Abs. 4 Sozialgesetzbuch (SGB) – Siebtes Buch (VII) – (siehe Anhang) beanspruchen können und nahe Angehörige nach § 7 Abs. 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) der versicherten Person sind, zahlt der Versicherer einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu 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 entsprechend zertifizierte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der versicherten Personen bei der Gestaltung des Alltags gemäß Nr. 11 des Tarifs PV.

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

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

I. Pflegeberatung

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

Der Anspruch umfasst insbesondere

a) die systematische Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung nach § 6 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.

Dabei ist ausdrücklich auf die Möglichkeiten eines individuellen Pflege- und Hilfskonzepts hinzuweisen und über dessen Nutzen aufzuklären.

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

Versicherte Personen haben Anspruch darauf, dass der Versicherer ihnen unmittelbar nach Eingang eines Antrags auf Leistungen aus dieser Versicherung entweder

a) unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anbietet, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist,

oder

b) einen Beratungsgutschein ausstellt, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten des Versicherers innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann.

Dabei ist ausdrücklich auf die Möglichkeiten eines individuellen Pflege- und Hilfskonzepts hinzuweisen und über dessen Nutzen aufzuklären.

Die Pflegeberatung kann auf Wunsch der versicherten Person dort, wo die Pflege durchgeführt wird oder telefonisch erfolgen, dies auch nach Ablauf der zuvor genannten Frist. Auf Wunsch der versicherten Person erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen

oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung. Die Pflegeberatung kann auf Wunsch der versicherten Person durch barrierefreie digitale Angebote ergänzt werden und mittels barrierefreier digitaler Anwendungen erfolgen.

J. Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

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

K. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen

(20) Versicherte Personen haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen. Digitale Pflegeanwendungen sind Anwendungen, die wesentlich auf digitalen Technologien beruhen und von den versicherten Personen oder in der Interaktion von versicherten Personen mit Angehörigen, sonstigen ehrenamtlich Pflegenden oder zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen genutzt werden, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu mindern oder einer Verschlimmerung der 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 in den in § 1 Absatz 3 genannten Bereichen oder bei der Haushaltsführung unterstützen und die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen stabilisieren. Keine digitalen Pflegeanwendungen sind insbesondere Anwendungen, deren Zweck dem allgemeinen Lebensbedarf oder der allgemeinen Lebensführung dient, sowie Anwendungen zur Arbeitsorganisation von ambulanten Pflegeeinrichtungen, zur Wissensvermittlung, Information oder Kommunikation, zur Beantragung oder Verwaltung von Leistungen oder andere digitale Anwendungen, die ausschließlich auf Auskunft oder Beratung zur Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen oder sonstigen Hilfsangeboten ausgerichtet sind. Sofern digitale Pflegeanwendungen nach den geltenden medizinprodukterechtlichen Vorschriften Medizinprodukte sind, umfasst der Anspruch nur digitale Pflegeanwendungen, die als Medizinprodukte niedriger Risikoklassen zu klassifizieren sind.

Der Versicherer entscheidet auf Antrag über die Notwendigkeit der Versorgung der versicherten Person mit einer digitalen Pflegeanwendung. Die erstmalige Bewilligung ist für höchstens sechs Monate zu befristen. Ergibt die während der Befristung durchzuführende Prüfung, dass die digitale Pflegeanwendung genutzt und die Zwecksetzung der Versorgung mit der digitalen Pflegeanwendung bezogen auf die konkrete Versorgungssituation erreicht wird, ist eine unbefristete Bewilligung zu erteilen.

(21) Versicherte Personen haben bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen, deren Erforderlichkeit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 78a Abs. 5 Satz 6 SGB XI (siehe Anhang) festgestellt hat, durch zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen.

(22) Der Umfang der Leistungen des Versicherers nach Absatz 20 und 21 ergibt sich aus Nr. 15 des Tarifs PV

L. Pflegerische Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme durch die Pflegeperson

(23) Versicherte Personen haben ab dem 1. Juli 2024 Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung nach § 23 Abs. 4 Satz 1 SGB V (siehe Anhang), nach § 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) oder nach § 15 Abs. 2 SGB VI (siehe Anhang) oder eine vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme von einer Pflegeperson der versicherten Person in Anspruch genommen werden. Leistungen nach dieser Vorschrift werden nur erbracht, wenn kein Anspruch auf Versorgung der versicherten Person nach § 40 Abs. 3a Satz 1 SGB V (siehe Anhang) besteht

(24) Der Anspruch nach Absatz 23 setzt voraus, dass die pflegerische Versorgung der versicherten Person in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Leistungen zur stationären Vorsorge oder zur medizinischen Rehabilitation sichergestellt ist. Kann die pflegerische Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht sichergestellt werden, kann der Anspruch auch in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung wahrgenommen werden.

(25) Der Umfang der Leistungen des Versicherers nach den Absätzen 23 und 24 ergibt sich aus Nr. 16 des Tarifs PV.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht:

a) solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr werden Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen jedoch weiter erbracht; der Anspruch auf Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Abs. 5 ruht nicht bei Aufenthalt der versicherten Person in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz. 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 oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(2) Bei häuslicher Pflege entfällt die Leistungspflicht ferner:

a) soweit versicherte Personen aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Leistungen nach § 4 Abs. 1 Satz 1 haben. Pflegegeld nach § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Abs. 5 in den ersten vier Wochen der häuslichen Krankenpflege sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen werden jedoch im tariflichen Umfang erbracht; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Abs. 6 Satz 1 Sozialgesetzbuch (SGB) - Zwölftes Buch (XII) – siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt;

b) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen, für die Dauer des stationären Aufenthaltes in einer Einrichtung der Hilfe für die Pflege von Menschen mit Behinderungen gemäß § 4 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2 und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht. Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen werden in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation jedoch weitergezahlt, dies gilt für das Pflegegeld nach § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Abs. 5 auch bei einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang); bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 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 vier Wochen hinaus weiter gezahlt;

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

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

(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 2 1. Halbsatz ruht der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege einschließlich des Pflegegeldes oder anteiligen Pflegegeldes, solange sich die Pflegeperson in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung befindet und der Pflegebedürftige nach § 4 Abs. 23 S. 1 versorgt wird; Absatz 2 Buchstabe b) Satz 2 2. Halbsatz bleibt unberührt und Absatz 2 Buchstabe b) Satz 2 1. Halbsatz bleibt in Bezug auf die soziale Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung von Pflegepersonen unberührt.

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

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

§ 5a Leistungsausschluss

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen nach Deutschland begeben, um in einer privaten Pflegepflichtversicherung, in die sie aufgrund einer nach § 404 SGB V (siehe Anhang) abgeschlossenen privaten Krankenversicherung oder aufgrund einer Versicherung im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang) aufgenommen worden sind, missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nicht 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 Pflegeversicherung 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 die Leistungsgewährung 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 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 Absatz 2b oder 2c genannten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat der Versicherte für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung Anspruch auf eine zusätzliche Zahlung gemäß Nr. 12 des Tarifs PV. Dies gilt nicht, wenn der Versicherer die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich die versicherte Person in vollstationärer Pflege befindet und bei ihr bereits mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt worden sind. Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den der Versicherer nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 so lange unterbrochen, bis die Verzögerung beendet ist; mit Beendigung der Verzögerung läuft die Frist weiter. Die Frist nach Satz 1 beginnt mit der Antragstellung gemäß § 6 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 Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten zu erwarten ist, können die Zuordnung zu einem Pflegegrad und die Bewilligung von Leistungen befristet werden und enden dann mit Ablauf der Frist. Die Befristung kann wiederholt werden und schließt Änderungen bei der Zuordnung zu einem Pflegegrad und be-

willigter 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 selbständig erwerbstätig sind und

e) kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (siehe Anhang) überschreitet; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; ab dem 1. Oktober 2022 ist für Kinder, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 oder § 8a SGB IV (siehe Anhang) in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 SGB IV (siehe Anhang) ausüben, ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig. Das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, bleibt außer Betracht.

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

a) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,

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

c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt auch bei einer Unterbrechung für die Dauer von höchstens zwölf Monaten durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes (siehe Anhang), einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 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) 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 EUR verhängt werden. Gerät der Versicherungsnehmer bei einer aufgrund besonderer Vereinbarung gemäß § 15 Abs. 3 abgeschlossenen Auslandsversicherung in Verzug, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter den Voraussetzungen des § 38 VVG (siehe Anhang) kündigen.

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

§ 8 a 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.

(5) Der Versicherer kann für den Zeitraum vom 1. Juli 2021 bis zum 31. Dezember 2022 für bestehende Vertragsverhältnisse über den Beitrag hinaus einen monatlichen Zuschlag zur Finanzierung pandemiebedingter Mehrausgaben nach Maßgabe des § 110a SGB XI (siehe Anhang) erheben.

§ 8 b Beitragsänderungen

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen, aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend werden anhand einer Statistik der Pflegepflichtversicherung jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten verglichen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Veränderung von mehr als fünf Prozent, so werden die Beiträge überprüft und, soweit erforderlich sowie vorbehaltlich der Höchstbeitragsgarantie gemäß § 8 Abs. 5, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst.

Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden 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 Absatz 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (siehe Anhang) sowie der Bezug von Leistungen gemäß § 5 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 infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Endet die für eine versicherte Person bestehende Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung, z. B. wegen Eintritts der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nach § 20 oder § 21 SGB XI (siehe Anhang), wegen Beendigung der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen oder wegen Beendigung einer der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) genügenden privaten Krankenversicherung,

deren Fortführung bei einem anderen Versicherer oder wegen Wegfall sonstiger die Versicherungspflicht der versicherten Person begründender Voraussetzungen, so kann der Versicherungsnehmer die private Pflegepflichtversicherung dieser Person binnen drei Monaten seit Beendigung der Versicherungspflicht rückwirkend zu deren Ende kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht 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 § 26 a SGB XI (siehe Anhang) begründetes Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer ferner mit einer Frist von zwei Monaten zum Monatsende kündigen.

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

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

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

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

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

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

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

(3) Das Versicherungsverhältnis endet mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherungsnehmers ins Ausland, es sei denn, dass insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Ein diesbezüglicher Antrag ist spätestens innerhalb eines Monats nach Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes zu stellen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Antrag anzunehmen, falls er innerhalb der 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 Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

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

§ 19 Beitragsrückerstattung

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

II. Zusatzvereinbarungen

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge

gemäß § 110 Abs. 2 und § 26 a 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 01. Januar bis 30. Juni 2002 von ihrem Beitrittsrecht gemäß § 26 a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) Gebrauch gemacht haben, gilt Folgendes:

In Abweichung von

1. § 3 MB/PPV 2024 entfällt die Wartezeit;

2. § 8 Abs. 3 MB/PPV 2024 besteht Anspruch auf beitragsfreie Mitversicherung von behinderten Menschen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI die Voraussetzungen nach Buchstabe d) nicht erfüllen, diese aber erfüllt hätten, wenn die Pflegeversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung bereits bestanden hätte;

3. § 8 Abs. 5 MB/PPV 2024

a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis zum 22.12.2018 geltenden Fassung (siehe Anhang) auf 150 Prozent, bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75 Prozent des jeweiligen Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (siehe Anhang), überschreitet; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallene Teil berücksichtigt; ab dem 1. Oktober 2022 ist für Ehegatten oder Lebenspartner, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 oder § 8a SGB IV (siehe Anhang) in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 SGB IV (siehe Anhang) ausüben, ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig.

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

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

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

4. § 8 a Abs. 2 MB/PPV 2024 erfolgt keine Erhöhung der Beiträge nach dem Gesundheitszustand des Versicherten.

Die Zusatzvereinbarungen gelten auch für Personen, die sich gemäß Artikel 41 Pflege-Versicherungsgesetz (siehe Anhang) bis zum 30. Juni 1995 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung haben befreien lassen. Sie gelten ferner für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen einschließlich der Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse und der Mitglieder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten sowie für Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge, die nicht bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind, sofern zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Pflege-Versicherungsgesetzes Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung besteht.

II. Zusatzvereinbarungen

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge

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

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

In Abweichung von § 8 Abs. 5 MB/PPV 2024

a) wird die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht;

b) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 Prozent des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn der Beitrag der versicherten Person zur Krankenversicherung wegen Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuch (SGB) – Zweites Buch (II) oder des SGB XII auf den halben Höchstbeitrag vermindert ist.

c) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 Prozent des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn allein durch die Zahlung des Höchstbeitrages zur privaten Pflegepflichtversicherung Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder des SGB XII entsteht.

Endet die Versicherung im Basistarif, entfallen diese Zusatzvereinbarungen für die private Pflegepflichtversicherung.

II. Zusatzvereinbarungen

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge

mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften
gemäß § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang)

Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die Mitglied in einer in § 176 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) genannten Solidargemeinschaft sind und in Erfüllung ihrer Versicherungspflicht nach § 23 Abs. 4a SGB XI (siehe Anhang) bei einem privaten Versicherungsunternehmen zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit versichert sind, gilt zur Umsetzung des § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang) Folgendes:

Der zu zahlende Beitrag wird auf 50 Prozent des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung herabgesetzt, solange sich der Beitrag der versicherten Person zur Solidargemeinschaft nach § 176 Abs. 5 SGB V (s. Anhang) vermindert.

Tarif PV
mit Tarifstufen PVN und PVB

III. Tarifbedingungen

Dieser Tarif gilt nur in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2024)
der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung

Leistungen der Versicherer

Tarifstufe PVN
für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe

Die Tarifleistungen betragen 100 Prozent
der nach den Nummern 1 - 15 vorgesehenen Beträge.

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

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

Die Tarifleistungen betragen gemäß § 23 Abs. 3 Satz 2 SGB XI (siehe Anhang) i.V.m. § 46 Abs. 2 und 3 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV - siehe Anhang) für

1. Beihilfeberechtigte 50 Prozent
2. Personen nach Nr. 1 mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern 30 Prozent
3. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen und entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer, denen nach § 46 Abs. 3 Satz 6 BBhV (siehe Anhang) ein Beihilfebemessungssatz von 70 Prozent zusteht 30 Prozent
4. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner und beihilfeberechtigte Witwen und Witwer 30 Prozent
5. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen 20 Prozent

der in Tarifstufe PVN nach den Nummern 1 - 15 vorgesehenen Beträge.

Sehen die 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 761 EUR,

b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu 1.432 EUR,

c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu 1.778 EUR,

d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu 2.200 EUR

erstattet.

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

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

2. Pflegegeld

2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

a) 332 EUR für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,

b) 573 EUR für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,

c) 765 EUR für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,

d) 947 EUR für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

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

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

2.2 Für die Beratung wird der von den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung oder der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannte Betrag erstattet. Wurde für die beratende Stelle noch kein solcher Betrag vereinbart, werden für die Beratung in den Pflegegraden 1, 2 und 3 bis zu 23 Euro, in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro erstattet

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

3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)

Aufwendungen werden im Einzelfall mit bis zu 1.612 EUR je Kalenderjahr erstattet.

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

In dem in § 4 Abs. 6a Satz 1 genannten Fall der Verhinderung gilt Satz 2 mit der Maßgabe, dass die Aufwendungen des Versicherers den Betrag des Pflegegeldes nach Nr. 2.1 des Tarifs PV für bis zu zwei Monate nicht überschreiten dürfen. In dem in § 4 Abs. 6a Satz 1 genannten Fall der Verhinderung kann der Leistungsbetrag nach Satz 1 abweichend von Satz 9, 10 sowie Satz 8 und Satz 4 in Verbindung mit Satz 9, 10 im Kalenderjahr um bis zu 100 Prozent der Mittel für eine Kurzzeitpflege nach § 4 Abs. 10 i.V.m. Nr. 6 Satz 2 des Tarifs PV erhöht werden, soweit die Mittel der Kurzzeitpflege in dem Kalenderjahr noch nicht in Anspruch genommen worden sind. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach Nr. 6 Satz 2 des Tarifs PV angerechnet.

Wird die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausgeübt, erfolgt die Erstattung in Höhe des in Satz 1 genannten Betrages.

Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu 806 EUR auf insgesamt bis zu 2.418 EUR im Kalenderjahr erhöhen, soweit im Kalenderjahr für diesen Betrag noch keine Leistung nach Nr. 6 des Tarifs PV (Kurzzeitpflege) in Anspruch genommen wurde. Bei Inanspruchnahme des Erhöhungsbetrages vermindern sich die Leistungen nach Nr. 6 des Tarifs PV entsprechend. Wurde bei den Leistungen nach Nr. 6 bereits der Erhöhungsbetrag in Anspruch genommen, wird dieser auf die Leistungen der Ersatzpflege angerechnet, d.h. der Leistungsbetrag kann sich auch vermindern (vgl. Nr. 6 des Tarifs PV).

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

4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Der Versicherer erstattet die im Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung aufgeführten Pflegehilfsmittel. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis wird vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. regelmäßig unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts, der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts fortgeschrieben. Im Einzelfall sind Aufwendungen für im Pflegehilfsmittelverzeichnis nicht aufgeführte Pflegehilfsmittel nur dann erstattungsfähig, wenn die Voraussetzungen in § 4 Abs. 7 Satz 1 Halbsatz 2 erfüllt sind und die Pflegehilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Dabei können Pflegehilfsmittel grundsätzlich nur im Hinblick auf solche Betätigungen beansprucht werden, die für die Lebensführung im häuslichen Umfeld erforderlich sind. Von der Erstattung aus der Pflegeversicherung ausgeschlossen sind Pflegehilfsmittel, die nicht alleine oder jedenfalls schwerpunktmäßig der Pflege, sondern vorwiegend dem Behinderungsausgleich dienen.

4.1 Technische Pflegehilfsmittel werden in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Lehnen versicherte Personen die leihweise Überlassung eines technischen Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Aufwendungen für das technische Pflegehilfsmittel in vollem Umfang selbst zu tragen.

Soweit Leihe nicht möglich ist, werden Aufwendungen für technische Pflegehilfsmittel zu

100 Prozent

erstattet. Dabei tragen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Selbstbeteiligung von zehn Prozent der Aufwendungen, höchstens jedoch 25 EUR je Pflegehilfsmittel; in Härtefällen kann der Versicherer von der Selbstbeteiligung absehen.

4.2 Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu

40 EUR

je Kalendermonat erstattet.

4.3 Die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes sind auf

4.000 EUR

je Maßnahme begrenzt.

Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung und dient der Zuschuss der Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes, ist der Zuschuss auf den Betrag begrenzt, der sich ergibt, wenn die Kosten der Maßnahme durch die Anzahl der zuschussberechtigten Bewohner geteilt wird. Dabei werden Kosten der Maßnahme von bis zu 16.000 EUR berücksichtigt. Satz 1 gilt entsprechend.

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

5. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)

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

a) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2 bis zu 689 EUR,

b) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3 bis zu 1.298 EUR,

c) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 bis zu 1.612 EUR,

d) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5 bis zu 1.995 EUR

erstattet.

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

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

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

6. Kurzzeitpflege

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von

1.774 EUR

pro Kalenderjahr ersetzt.

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

Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu 1.612 EUR auf insgesamt bis zu 3.386 EUR im Kalenderjahr erhöhen, soweit im Kalenderjahr für diesen Betrag noch keine Leistung nach Nr. 3 des Tarifs PV (Ersatzpflege) in Anspruch genommen wurde. Bei Inanspruchnahme des Erhöhungsbetrages vermindern sich die Leistungen nach Nr. 3 des Tarifs PV entsprechend. Wurde bei den Leistungen nach Nr. 3 des Tarifs PV bereits der Erhöhungsbetrag in Anspruch genommen, wird dieser auf die Leistungen der Kurzzeitpflege angerechnet, d.h. der Leistungsbetrag kann sich auch vermindern (vgl. Nr. 3 des Tarifs PV).

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

7. Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen

7.1 Bei vollstationären Pflegeeinrichtungen werden im Rahmen der gültigen Pflegesätze pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal

a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 in Höhe von 770 EUR je Kalendermonat,

b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 in Höhe von 1.262 EUR je Kalendermonat,

c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 in Höhe von 1.775 EUR je Kalendermonat,

d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 in Höhe von 2.005 EUR je Kalendermonat

erstattet. 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), in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen die Aufwendungen gemäß Nr. 7.1 Satz 1 mit einem Betrag in Höhe von fünfzehn Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 des SGB IX vereinbarten Vergütung, im Einzelfall höchstens 266 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 ist ein Betrag von 2.952 EUR.

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

7.4 Erstattungsfähig sind die gemäß § 84 Abs. 8 und 9 SGB XI (siehe Anhang) und § 85 Abs. 8 und 9 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Vergütungszuschläge.

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

7.5 Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 werden pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal in Höhe von 125 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) a) die bis einschließlich 12 Monate Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 15 Prozent,

b) die seit mehr als 12 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 30 Prozent,

c) die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 50 Prozent,

d) die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 75 Prozent,

ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen.

Bei der Bemessung der Monate, in denen die versicherte Person Leistungen nach § 4 Abs. 11 bezieht, werden Monate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen nach § 4 Abs. 11 bezogen worden sind, berücksichtigt.

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

8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

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

Die Zahlung der Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit erfolgt nach Maßgabe der §§ 26, 345, 347 und 349 Sozialgesetzbuch (SGB) – Drittes Buch (III) – (siehe Anhang).

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

9. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

9.1 Die Zahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung erfolgt bei Freistellungen nach § 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) nach Maßgabe von § 44a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang); ihrer Höhe nach sind sie begrenzt auf die Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung zu entrichten sind, und dort die tatsächlich gezahlten Beiträge nicht übersteigen.

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

9.2 Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) richtet sich nach § 45 Abs. 2 Satz 3 bis 5 SGB V (siehe Anhang).

Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 232b, 249c, 252 SGB V (siehe Anhang) bzw. zur Krankenversicherung der Landwirte nach Maßgabe der §§ 48a, 49 KVLG 1989 (siehe Anhang) gezahlt.

Die Zahlung der Zuschüsse zur Krankenversicherung für eine Versicherung bei einer privaten Krankenversicherung, bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten erfolgt während der Dauer des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld nach Maßgabe von § 44a Abs. 4 SGB XI (siehe Anhang). Die Zuschüsse zu den Beiträgen belaufen sich auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung als Arbeitgeberanteil nach § 249c SGB V (siehe Anhang) aufzubringen wäre, und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen.

Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 26, 345, 347, 349 SGB III (siehe Anhang) gezahlt.

Die Beiträge zur Rentenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 3, 137, 166, 173, 176, 191 SGB VI (siehe Anhang) gezahlt.

Für Pflichtmitglieder in einem berufsständischen Versorgungswerk werden die Beiträge nach Maßgabe des § 44a Abs. 4 Satz 5 SGB XI (siehe Anhang) gezahlt.

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

9.3 Landwirtschaftliche Unternehmer erhalten Betriebshilfe entsprechend § 9 KVLG 1989 (siehe Anhang). Diese Kosten werden der landwirtschaftlichen Pflegekasse erstattet. Für privat pflegeversicherte landwirtschaftliche Unternehmer wird stattdessen ein pauschaler Betrag in Höhe von 200 EUR täglich für bis zu zehn Arbeitstage Betriebshilfe gezahlt.

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

10. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

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

11. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag

11.1 Zweckgebundene Aufwendungen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung nahestehender Pflegepersonen sowie zur selbstbestimmten Entlastung des Alltags im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

a) der teilstationären Pflege,

b) der Kurzzeitpflege,

c) der Pflegekräfte gemäß § 4 Abs. 1 Satz 7, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung,

oder

d) der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne von § 45a SGB XI (siehe Anhang) gefördert oder förderungsfähig sind,

werden bis zu

125 EUR

monatlich erstattet. Wird der Betrag nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchten Beträge in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

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

12. Zahlung bei Verzögerung der Leistungsmitteilung

Bei Verzögerung der Leistungsmitteilung nach § 6 Abs. 2a beträgt die Zusatzzahlung je begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 EUR.

13. Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen

Der monatliche pauschale Zuschlag für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 4 Abs. 7a beträgt 214 EUR.

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

14. Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen

Der Anspruch des Versicherten beläuft sich auf den Betrag, der sich ergibt, wenn man den Höchstförderbetrag je Wohngruppe von 10.000 EUR durch die Anzahl der förderberechtigten Bewohner teilt, höchstens aber 2.500 EUR.

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

15. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen

Der Anspruch der versicherten Person beträgt für die Leistungen digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen zusammen bis zu insgesamt 50 Euro im Monat des nach § 78a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) und § 89 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Betrages.

Der Anspruch umfasst nur digitale Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 78a Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen worden sind. Entscheiden sich versicherte Personen für eine digitale Pflegeanwendung, deren Funktionen oder Anwendungsbereiche über die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommenen digitalen Pflegeanwendungen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Der Versicherer informiert die versicherten Personen über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten.

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

16. Pflegerische Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen durch die Pflegeperson

Der Anspruch umfasst bei Versorgung der versicherten Person in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder in der vollstationären Pflegeeinrichtung die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Unterkunft und Verpflegung sowie die Übernahme der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen. Der Anspruch besteht bei der Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung in Höhe des durchschnittlichen Gesamtheimentgelts nach § 42a Abs. 5 Satz 2, 3, 4 SGB XI (siehe Anhang) und bei der Versorgung in der zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung in Höhe des für diese Pflegeeinrichtung geltenden 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 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.

IV. Regelungen zur Überleitung in die Pflegegrade und zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung

im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ab 1. Januar 2017 (Überleitungsregelungen)

§ 1 Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade

(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 iVm. Nr. 11.1 des Tarifs PV 2015 haben und

2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach § 4 Abs. 1, 2 und 8 MB/PPV 2024 unter Berücksichtigung des § 1 Abs. 4 und 5 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den § 4 Abs. 1, 2, 8 und 16a MB/PPV 2015 am 31. Dezember 2016 zustanden,

haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2024. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 4 Abs. 16 MB/PPV 2024 i.V.m. Nr. 11 des Tarifs PV 2024 festgelegt ist. Das Bestehen eines Anspruchs auf diesen Zuschlag muss der Versicherer dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 5 MB/PPV 2021) schriftlich mitteilen und erläutern

§ 3 Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege

(1) (Regelung ist gegenstandslos geworden.)

(2) (Regelung ist gegenstandslos geworden.)

(3) (Regelung ist gegenstandslos geworden.)

(4) (Regelung ist gegenstandslos geworden.)

(5) Versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 von zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung versorgt werden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen gemäß Nr. 7.1 Satz 3 des Tarifs PV in Höhe des ihnen für den Monat Dezember 2016 zustehenden Leistungsbetrages, wenn dieser höher ist als der ihnen für Januar 2017 zustehende Leistungsbetrag. In Tarifstufe PVB wird der Zuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

§ 4 Besitzstandsschutz bei Leistungen der sozialen Sicherung

(1) Für Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege rentenversicherungspflichtig waren und Anspruch auf die Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 4 Abs. 13 MB/PPV 2015 hatten, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser 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 2024 vorliegt oder

2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 4 Abs. 13 MB/PPV 2024 ist.

Absatz 1 ist auch nicht mehr anwendbar, wenn sich nach dem 31. Dezember 2016 eine Änderung in den Pflegeverhältnissen ergibt, die zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Abs. 2 SGB VI in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung (siehe Anhang) führt oder ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 2 oder 3 SGB VI (siehe Anhang) eintritt.

§ 5 Begutachtungsverfahren

(Regelung ist gegenstandslos geworden.)

§ 6 Verlängerung des Anspruchs für noch nicht abgerufene Mittel nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2017

(Regelung ist gegenstandslos geworden.)

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Pflege- / Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung

1. Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege

		HMV-Nummer
1.1	**Pflegebetten**	
	• Pflegebetten, manuell verstellbar	50.45.01.0001-0999
	• Pflegebetten, motorisch höhenverstellbar	50.45.01.1000-1999
	• Kinder-/ Kleinwüchsigenpflegebetten	50.45.01.2000-2999
	• Pflegebetten, motorisch verstellbar, mit erhöhter Tragfähigkeit	50.45.01.3000-3999
	• Pflegebetten mit Sitz- und Aufrichtfunktion	50.45.01.4000-4999
	• Niedrigpflegebetten	50.45.01.5000-5999
1.2	**Pflegebettenzubehör**	
	• Bettverlängerungen	50.45.02.0001-0999
	• Bettverkürzungen	50.45.02.1000-1999
	• Bettaufrichter (Bettgalgen)	50.45.02.2000-2999
	• sonstige Aufrichthilfen	50.45.02.3000-3999
	• Bettseitenteile (Seitengitter)	50.45.02.4000-4999
	• Fixiersysteme für Personen	50.45.02.5000-5999
	• Seitenpolster für Pflegebetten	50.45.02.6000-6999
	• Bettzelt für den temporären Gebrauch	50.45.02.7000-7999
1.3	**Bettzurichtungen zur Pflegeerleichterung**	
	• Einlegerahmen	50.45.03.0001-0999
	• Einlegerahmen mit Sitz-/Schwenkfunktion	50.45.03.3000-3999
	• Einlegerahmen mit erhöhter Tragfähigkeit	50.45.03.4000-4999
1.4	**Spezielle Pflegebetttische**	
	• Pflegebetttische	50.45.04.0001-0999
	• Bettnachtschränke mit verstellbarer Tischplatte	50.45.04.1000-1999
1.5	**Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung**	
	• Sitzhilfe bei Chorea Huntington	50.45.06.1000-1999
1.6	**Rollstühle mit Sitzkantelung**	
	• Rollstühle mit Sitzkantelung	50.45.07.0001-2999
1.7	**Lagekorrekturhilfen für Bettlaken**	
	• Elektromotorische Lakenaufzugsvorrichtungen	50.45.09.0000-0999
1.8	**Treppenfahrzeuge**	
	• Treppensteighilfen	50.45.10.0000-0999
	• Treppensteighilfen (elektrisch betrieben)	18.65.01.1000-1999
	• Treppenraupen	50.45.10.1000-1999
		18.65.01.2000-2999
1.9	**Rampensysteme**	
	• Mobile Rampen	50.45.11.0000-0999

Hilfsmittel*:

1.10	**Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung**	
	• Lifter, fahrbar	22.40.01.0001-0999
1.11	**Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert**	
	• Wandlifter	22.40.02.0001-0999
1.12	**Zubehör für Lifter**	
	• Zubehör für Lifter	22.40.04.0001-0999
1.13	**Umsetz- und Hebehilfen**	
	• Drehscheiben	22.29.01.0001-0999
	• Positionswechselhilfen	22.29.01.1000-1999
	• Umlager- / Wendehilfen	22.29.01.2000-2999
	• Rutschbretter	22.29.01.3000-3999
	• Umlager-/Wendehilfen zum permanenten Verbleib im Bett	22.29.01.7000-7999
1.14	**Innenraum und Außenbereich Schieberollstühle**	
	• Schieberollstühle	18.50.01.0000-0999

2. Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Hygiene

		HMV-Nummer
2.1	**Produkte zur Hygiene im Bett**	
	• Bettpfannen	51.40.01.0001-0999
	• Urinflaschen	51.40.01.1000-1999
	• Urinschiffchen	51.40.01.2000-2999
	• Urinflaschenhalter	51.40.01.3000-3999
	• Saugende Bettschutzeinlagen, wieder verwendbar, verschiedene Größen	51.40.01.4000-4999
2.2	**Waschsysteme**	
	• Kopfwaschsysteme	51.45.01.0001-0999
	• Ganzkörperwaschsysteme	51.45.01.1000-1999

Hilfsmittel*:

2.3	**Badewannenlifter**	
	• Badewannenlifter, mobil	04.40.01.0001-0999
2.4	**Badewanneneinsätze**	
	• Badeliegen	04.40.04.0001-0999
2.5	**Badewannensitze**	
	• Badewannenbretter	04.40.02.0001-0999
	• Badewannensitze ohne Rückenlehne	04.40.02.1000-1999
	• Badewannensitze mit Rückenlehne	04.40.02.2000-2999
	• Badewannensitze mit Rückenlehne, drehbar	04.40.02.3000-3999
2.6	**Duschhilfen**	
	• Duschsitze, an der Wand montiert	04.40.03.0001-0999
	• Duschhocker	04.40.03.1000-1999
	• Duschstühle	04.40.03.2000-2999
	• Duschliegen	04.40.03.3000-3999
	• Fahrbare Duschliegen	04.40.03.4000-4999
	• Duschstühle für Kinder und Jugendliche	04.40.03.5000-5999
2.7	**Toilettensitze**	
	• Toilettensitzerhöhungen	33.40.01.0001-0999
	• Toilettensitzerhöhungen, höhenverstellbar	33.40.01.1000-1999
	• Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen	33.40.01.2000-2999
	• Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen, höhenverstellbar	33.40.01.3000-3999
	• Toilettensitze für Kinder und Jugendliche	33.40.01.4000-4999
2.8	**Toilettenstützgestelle**	
	• Toilettenstützgestelle	33.40.02.0001-0999
	• Toilettensitzgestelle	33.40.02.1000-1999
2.9	**Toilettenstühle**	
	• Feststehende Toilettenstühle	33.40.04.0001-0999
	• Toilettenstühle für Kinder und Jugendliche	33.40.04.1000-1999
2.10	**Sicherheitsgriffe und Aufrichthilfen**	
	• Badewannengriffe, mobil	04.40.05.0001-0999
	• Stützgriffe für Waschbecken und Toilette	04.40.05.1000-1999
	• Boden-Deckenstangen	04.40.05.2000-2999
2.11	**Dusch-/Toilettenrollstühle**	
	• Dusch-/Toilettenschieberollstühle	18.46.01.2000-2999
	• Dusch-/Toilettenschieberollstühle, verstärkte Ausführung	18.46.01.3000-3999
	• Dusch-/Toilettenrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.01.4000-4999
	• Dusch-/Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche	18.46.01.5000-5999
	• Dusch-/Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.01.6000-6999
2.12	**Toilettenrollstühle**	
	• Toilettenrollstühle	18.46.02.0001-0999
	• Toilettenrollstühle, verstärkte Ausführung	18.46.02.1000-1999
	• Toilettenrollstühle	

Hilfsmittel*: Neben den genannten Pflegehilfsmitteln können auch die aufgeführten Hilfsmittel in Standardausstattung im tariflichen Umfang über die private Pflegeversicherung zur Verfügung gestellt werden, wenn sie (pflegerisch) notwendig sind

	mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.02.2000-2999
	• Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche	18.46.02.3000-3999
	• Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.02.4000-4999
2.13	**Duschrollstühle**	
	• Dusch-Schieberollstühle	18.46.03.1000-1999
	• Dusch-Schieberollstühle, verstärkte Ausführung	18.46.03.3000-3999
	• Duschrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.03.4000-4999
	• Duschrollstühle für Kinder und Jugendliche	18.46.03.5000-5999
	• Duschrollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.03.6000-6999

3. Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität — HMV-Nummer

3.1	**Notrufsysteme**	
	• Hausnotrufsysteme, angeschlossen an Zentrale	52.40.01.1000-1999
3.2	**Zubehör für Hausnotrufsysteme**	
	• Alarmsender	52.40.02.0000-0999
3.3	**Pflegehilfsmittel zur Verbesserung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten**	
	• Pflegehilfsmittel zur örtlichen Orientierung	52.40.03.0000-0999
	• Pflegehilfsmittel zur zeitlichen Orientierung	52.40.03.1000-1999
	• Erinnerungshilfen für wesentliche Ereignisse	52.40.03.2000-2999
	• Produkte zum Erkennen von Risiken und Gefahren	52.40.03.3000-3999
	• Pflegehilfsmittel zur Kommunikation	52.40.03.4000-4999
	• Systembezogene Abrechnungspositionsnummern	52.40.03.5000-5999
3.4	**Pflegehilfsmittel zur Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**	
	• Produkte zur Unterstützung der Medikamenteneinnahme	52.40.04.0000-0999
	• Produkte zur Messung und Deutung von Körperzuständen	52.40.04.1000-1999
3.5	**Assistenzsysteme**	
	• Modulare Assistenzsysteme	52.40.05.0000-0999

Hilfsmittel*:

3.6	**Hilfen zum Verlassen / Aufsuchen der Wohnung**	
	• Mobile Rampen zum Befahren mit Rollstühlen und Gehhilfen	22.50.01.0001-0999
3.7	**Gehhilfen**	
	• Gehgestelle	10.46.01.0001-0999
	• Reziproke Gehgestelle	10.46.01.1000-1999
	• Gehgestelle mit zwei Rollen	10.46.01.2000-2999
	• Kombi-Gehgestelle (starr/reziprok)	10.46.01.3000-3999
	• Dreirädrige Gehhilfen (Deltaräder)	10.50.04.0001-0999
	• Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren)	10.50.04.1000-1999
	• Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren) mit erhöhter Belastbarkeit	10.50.04.2000-2999

4. Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden — HMV-Nummer

4.1	**Lagerungsrollen**	
	• Lagerungsrollen	51.45.02.0000-0999
	• Lagerungshalbrollen	51.45.02.1000-1999

Hilfsmittel*:

4.2	**Lagerungskeile**	
	• Lagerungskeile bis zu 10 / 20 / 30 / über 30 cm	20.29.01.0001-3999
4.3	**Sitzhilfen zur Vorbeugung**	
	• Sitzhilfen aus Weichlagerungsmaterialien	11.39.01.1000-4999
4.4	**Liegehilfen zur Vorbeugung**	
	• Auflagen aus Weichlagerungsmaterialien	11.29.01.0001-2999
	• Schaummatratzen mit einteiliger Liegefläche	11.29.05.0001-0999
	• Schaummatratzen mit unterteilter Liegefläche	11.29.05.1000-1999
	• Schaummatratzen mit austauschbaren Elementen	11.29.05.2000-2999
	• Schaummatratzen mit integrierter Freilagerung	11.29.05.6000-6999

5. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel — HMV-Nummer

5.1	**Saugende Bettschutzeinlagen**	
	• Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch	54.45.01.0001-0999
5.2	**Schutzbekleidung**	
	• Fingerlinge	54.99.01.0001-0999
	• Einmalhandschuhe	54.99.01.1000-1999
	• Medizinische Gesichtsmaske	54.99.01.2000-2999
	• Schutzschürzen	54.99.01.3000-3999
	• Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4000-4999
	• Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5000-5999
5.3	**Sonstige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel**	
	• Desinfektionsmittel	54.99.02.0001-0999

Hilfsmittel*:

5.4	**Saugende Inkontinenzvorlagen**	
	• Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung	15.25.30.0001-0999
	• Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung	15.25.30.1000-1999
	• Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung	15.25.30.2000-2999
	• Rechteckvorlagen, normale Saugleistung	15.25.30.3000-3999
	• Rechteckvorlagen erhöhte Saugleistung	15.25.30.4000-3999
	• Vorlagen für Urininkontinenz	15.25.30.5000-5999
5.5	**Fixierhosen für Inkontinenzvorlagen**	
	• Fixierhosen Größe 1 / Fixierhosen Größe 2	15.25.02.0001-1999
5.6	**Saugende Inkontinenzhosen (nicht wiederverwendbar)**	
	• Inkontinenzwindelhosen/ Inkontinenzunterhosen	15.25.31.0001-8999
5.7	**Externe Urinalableiter**	
	• Urinal-Kondome/Rolltrichter	15.25.04.4000-7999
5.8	**Urin-Beinbeutel**	
	• Beinbeutel mit Ablauf, unsteril	15.25.05.1000-1999
	• Beinbeutel für Rollstuhlfahrer, unsteril	15.25.05.5000-5999
5.9	**Urin-Bettbeutel**	
	• Bettbeutel mit Ablauf, unsteril	15.25.06.1000-1999
	• Bettbeutel, ohne Ablauf, unsteril	15.25.06.0001-0999
5.10	**Zubehör für Auffangbeutel**	
	• Haltebänder für Urinbeutel	15.99.99.0007
	• Halterungen/Taschen für Urinbeutel	15.99.99.0009
	• Halterungen/Befestigungen für Urinbettbeutel	15.99.99.0010

Hilfsmittel*: Neben den genannten Pflegehilfsmitteln können auch die aufgeführten Hilfsmittel in Standardausstattung im tariflichen Umfang über die private Pflegeversicherung zur Verfügung gestellt werden, wenn sie (pflegerisch) notwendig sind

II. Zusatzvereinbarungen

Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten in der privaten Pflegepflichtversicherung

In Änderung bzw. Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2024 und Tarif PV) gilt Folgendes:

1. Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten i.S.v. § 20 Abs. 1 Nr. 9 und 10 SGB XI werden in Tarifstufe PVN versichert. Über die in Satz 1 genannte Eigenschaft ist eine Bescheinigung vorzulegen.

2. Die unter Nr. 1 genannten Versicherten zahlen für Leistungen nach den Nummern 1. - 14. des Tarifs PV sowie nach § 4 Abs. 18 MB/PPV 2024 einen monatlichen Beitrag, der sich aus dem Versicherungsschein bzw. dessen Nachträgen ergibt.

3. Besonders vereinbarte Beitragszuschläge ruhen während der Beitragseinstufung aufgrund der in Nr. 1 genannten Eigenschaft.

4. Bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeträge aus Vorversicherungszeiten. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrags gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV 2024, Nr. 3 b) der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und nach § 26 a Abs. 1 SGB XI“ oder der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gem. § 193 Abs. 5 VVG“, so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.

5. Nach Wegfall der Eigenschaft gemäß Nr. 1, spätestens ab Vollendung des 39. Lebensjahres, erfolgt die Beitragseinstufung zum dann erreichten Alter nach Maßgabe von Nr. 4. Sätze 1 und 2.

6. Bei einer Beitragsanpassung gemäß § 8 b MB/PPV 2024 wird der Beitrag dergestalt begrenzt, dass das Verhältnis zwischen dem Beitrag für die unter Nr. 1 genannten Versicherten und dem jeweiligen Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung dem am 1. Januar 1995 maßgeblichen Verhältnis entspricht.

7. Für eine Änderung dieser Zusatzvereinbarungen gilt § 18 MB/PPV 2024 entsprechend.

Pflegezusatzversicherung

KVB-090 05.23

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Pflegeergänzungsversicherung

Teil I Musterbedingungen 2017 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/EPV 2017)

Teil II Tarifbedingungen für die Pflegeergänzungsversicherung (TB/EPV) der uniVersa Krankenversicherung a. G.

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*] (Pflegekostenversicherung) oder ein Pflegetagegeld sowie sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen. Er erbringt, sofern vereinbart, in der Pflegekostenversicherung damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

* entfällt bei der Pflegetagegeldversicherung

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

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

(4) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pflegetagegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus erstreckt er sich in der Pflegekostenversicherung auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Der Versicherer bleibt höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er auch bei Pflege in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen hätte.

(5.1) Der Versicherungsschutz erstreckt sich abweichend von § 1 Absatz 5 auf Pflege in Europa.

Bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ist § 15 Absatz 4.1, zu beachten.

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

§ 1a Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit

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

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

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

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

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

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

(e) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

(1.1) Die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes gelten entsprechend bei der nachträglichen Mitversicherung von Personen.

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

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

§ 3 Wartezeit

(1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die Wartezeit beträgt drei Jahre.

(2.1) Die Wartezeit entfällt.

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

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

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;

c) vorbehaltlich der Regelung des § 1 Abs. 5 solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden;

ca) Abweichend von § 5 Absatz 1 c) besteht Leistungspflicht bei einem Aufenthalt in Europa.

[d)* soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes (s. Anhang) oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden;]

[e)* soweit ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung hat;]

* entfällt bei der Pflegetagegeldversicherung

f) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht;

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

h) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

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

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leis-

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

(1.1) Der Antrag auf Leistung ist nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegegrad zu stellen, ab der Leistungen vorgesehen sind.

(1.2) Erfolgt die Antragstellung innerhalb von sechs Monaten nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegegrad ab der Leistungen vorgesehen sind, wird die Leistung abweichend von § 6 Absatz 1 nachträglich ab dem ersten Tag der Pflegebedürftigkeit erbracht. Wird der Antrag später gestellt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht.

(2) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Soweit Nachweise für die private oder soziale Pflegepflichtversicherung erstellt wurden, sind diese vorzulegen.

(3) Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (s. Anhang).

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

(4.1) Sind begründete Zweifel an der Empfangsberechtigung bekannt, wird der Versicherer die Leistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen.

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

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

(6.1) Wenn dem Versicherer ein inländisches Konto zur Überweisung von Leistungen angegeben wird, werden keine Kosten für die Überweisung abgezogen.

(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) 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.

(1.1) Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Jahresbeitrag bzw. die erste monatliche Beitragsrate am Tage des Versicherungsbeginns fällig, auch wenn der Versicherungsschein vorher ausgehändigt wird.

(1.2) Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 Absatz 2 bzw. adoptierten Kindern gemäß § 2 Absatz 3 ist der Beitrag von dem auf die Geburt bzw. Adoption folgenden Monat an zu entrichten.

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

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

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

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

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

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

§ 8 a Beitragsberechnung

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

(1.1) Als Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

(1.2) Kinder können zum Kinderbeitrag bis zu dem Monat versichert werden, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden. Der Kinderbeitrag entfällt mit Beginn des darauf folgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Erwachsene geltenden Beiträge zu zahlen. Das außerordentliche Kündigungsrecht ist in § 13 Absatz 3 geregelt.

(1.3) Risikozuschläge für erhöhte Risiken können vereinbart werden.

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

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

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

§ 8 b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifes eine Ab-

weichung 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.

(1.1) Diese Gegenüberstellung erfolgt getrennt nach Beobachtungseinheiten, wobei als Beobachtungseinheiten Männer, Frauen und Kinder (vgl. § 8 a Abs. 1.2) gelten.

Für Tarife, bei denen die Beiträge geschlechtsabhängig erhoben werden gilt:
Der tariflich festzulegende Vomhundertsatz gemäß § 8 b Absatz 1 beträgt für die Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen zehn Prozent. Eine Beitragsanpassung gemäß § 8 b ist möglich, wenn die dort genannte Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als fünf Prozent ergibt. Der gesetzlich festgelegte Vomhundertsatz gemäß § 8 b (1) beträgt für die Gegenüberstellung der Sterbewahrscheinlichkeiten fünf Prozent.

Für Tarife, bei denen die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden gilt:
Der tariflich festzulegende Vomhundertsatz gemäß § 8 b (1) beträgt für die Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen fünf Prozent. Der gesetzlich festgelegte Vomhundertsatz gem. § 8 b (1) beträgt für die Gegenüberstellung der Sterbewahrscheinlichkeit fünf Prozent.

(2) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zugrunde gelegt.

(3) (entfallen)

(4) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich – spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist – durch Vorlage eines Nachweises (§ 6 Abs. 1 und Abs. 2) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

(2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Absatz 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, sowie das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (s. Anhang) [und der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 d*].

* entfällt bei der Pflegetagegeldversicherung

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

(3.1) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, den Fortbestand und den Umfang der Pflegebedürftigkeit durch Vorlage einer Bescheinigung des behandelnden Arztes alle sechs Monate nachzuweisen, es sei denn, dass der Versicherer die Bescheinigung in anderen Abständen anfordert. Ist die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufe bereits durch die private oder soziale Pflegepflichtversicherung festgestellt worden, genügt die Vorlage der entsprechenden Nachweise.

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

(5) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind.

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Absatz 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflegetagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.

(1.1) Zu den in § 10 Absatz 1 Satz 1 beschriebenen Obliegenheiten zählen auch die in § 9 Absatz 3.1 genannten Obliegenheiten. Zu den genannten Nachweisen nach § 9 Absatz 1 Satz 1 zählen insbesondere die Nachweise nach § 9 Absatz 3.1.

(2) Wird die in § 9 Absatz 6 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (s. Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre ausgeübt werden.

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

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

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

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

(1.1) Der Vertrag wird für die Dauer eines Jahres geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern nicht fristgerecht gekündigt wird.

(1.2) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns. Bestehen beim Versicherer bereits Krankenversicherungsverträge (einschließlich Pflegekrankenversicherungen), so endet das erste Versicherungsjahr mit

dem Schluss des Versicherungsjahres des zuerst abgeschlossenen Vertrages, das zur Zeit des Vertragsabschlusses läuft. Vertragsänderungen oder nachträgliche Mitversicherung von Personen haben damit keinen Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.

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

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

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 8 b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

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

(6.1) Abweichend von § 13 Absatz 6 ist die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung der Versicherung mitzuteilen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn die Versicherung nach Art der Lebensversicherung kalkuliert ist.

(1.1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

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

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

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

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

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

(3) Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person in der Pflegekostenversicherung endet, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Risikozuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.*

(3.1) Das Anrecht auf eine Fortführung als Anwartschaftsversicherung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von sechs Monaten ab dem Zeitpunkt der Verlegung beim Versicherer in Textform geltend zu machen.

(4) In der Pflegetagegeldversicherung endet das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Risikozuschlag verlangen.

(4.1) Abweichend von § 15 Abs. 4 endet das Versicherungsverhältnis auch in der Pflegetagegeldversicherung nur, wenn eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

(4.2) Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

(4.3) Das Anrecht auf eine Fortführung als Anwartschaftsversicherung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von sechs Monaten ab dem Zeitpunkt der Verlegung beim Versicherer in Textform geltend zu machen.

(5) Liegt ein Scheidungsurteil oder ein Aufhebungsurteil vor, dann haben die Ehegatten oder Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner getrennt leben.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

* entfällt bei der Pflegetagegeldversicherung

§ 19 Überleitungsregel für Leistungsbezieher

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

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

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

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

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

KVB-062 01.17

Tarif uni-PT-Premium (uni-PT-P)

für Pflegetagegeld bei häuslicher und stationärer Pflege (Pflegegrade 1, 2, 3, 4 und 5)

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/EPV 2017) und Teil II Tarifbedingungen für die Pflegeergänzungsversicherung (TB/EPV) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer zahlt nach Maßgabe des Versicherungsvertrages im Versicherungsfall folgende Leistungen:

1.1 Pflegetagegeld

1.1.1 Das Pflegetagegeld kann in ganzen Vielfachen von 5 EUR versichert werden. Es muss mindestens 15 EUR betragen.

Das Pflegetagegeld wird unabhängig von der Höhe entstandener Pflegekosten und ohne zeitliche Begrenzung für jeden Tag einer Pflegebedürftigkeit gezahlt.

Das vereinbarte Pflegetagegeld beträgt

a) bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 1 10 %

b) bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2 30 %

c) bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 3 60 %

d) bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 80 %

e) bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 5 100 %

des vereinbarten Tagessatzes.

1.1.2 Doppeltes Pflegetagegeld bei Pflegebedürftigkeit nach Unfällen

Tritt die Pflegebedürftigkeit in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls ein, wird das gemäß Abschnitt 1.1.1 vereinbarte Pflegetagegeld verdoppelt. Das doppelte Pflegetagegeld wird nur gezahlt, wenn und solange die versicherte Person das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

1.1.3 Doppeltes Pflegetagegeld, wenn Kinder unter 18 Jahren versorgt werden müssen

Im Falle einer Pflegebedürftigkeit wird das gemäß Abschnitt 1.1.1 vereinbarte Pflegetagegeld verdoppelt, wenn und solange mindestens ein Kind unter 18 Jahren versorgt werden muss.

Als Kinder werden berücksichtigt:

- im ersten Grad mit der versicherten Person verwandte Kinder,
- angenommene (adoptierte) Kinder,
- Kinder des Ehegatten und
- Pflegekinder,

die bei Feststellung der Pflegebedürftigkeit mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, solange sie das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

1.1.4 Der Anspruch auf doppeltes Pflegetagegeld besteht auch bei gleichzeitigem Vorliegen der Voraussetzungen nach Abschnitt 1.1.2 und 1.1.3 nur einmal. Das heißt, die Verdoppelung erfolgt entweder nach Abschnitt 1.1.2 oder nach Abschnitt 1.1.3.

1.1.5 Halbes Pflegetagegeld bei stationären Aufenthalten, die nicht ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruhen

Abweichend von § 5 Absatz 1 f) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, wird das gemäß Abschnitt 1.1.1 vereinbarte Pflegetagegeld während der Dauer einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus, einer stationären Rehabilitationsmaßnahme oder einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, die nicht ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht, zur Hälfte gezahlt.

1.1.6 Auszahlung des Pflegetagegeldes

Das Pflegetagegeld gemäß den Abschnitten 1.1.1 bis 1.1.5 wird monatlich im Voraus ausgezahlt.

1.2 Sonderzahlung

Eine Sonderzahlung in Höhe des 10fachen des gemäß Abschnitt 1.1.1 a) bis e) vereinbarten Pflegetagegeldes wird bei erstmaliger Feststellung einer Pflegebedürftigkeit zusammen mit der ersten Leistungsauszahlung gezahlt.

Anschließend erfolgt die Auszahlung der Sonderzahlung kontinuierlich nach Ablauf von jeweils zwei Jahren, sofern noch Pflegebedürftigkeit für die versicherte Person besteht.

1.3 Beitragsbefreiung

Wenn und solange für eine versicherte Person Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 bzw. 5 besteht, wird der Tarif für diese Person beitragsfrei weitergeführt. Die Beitragsbefreiung gilt ab dem Ersten des Monats, für den erstmals Leistungen gemäß den Abschnitten 1.1.1 d) oder e) aus diesem Tarif ausgezahlt werden.

2. Dynamische Erhöhung des Pflegetagegeldes

2.1 Voraussetzung

Das Pflegetagegeld wird – auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit – zur Werterhaltung erhöht, wenn die versicherte Person zum Anpassungszeitpunkt

- ein tarifliches Lebensalter von mindestens 21 Jahren erreicht hat

und

- seit mindestens zwei Jahren ununterbrochen nach Tarif uni-PT-Premium versichert ist.

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Jahr der Anpassung und dem Geburtsjahr.

2.2 Anpassungszeitpunkt

Der Versicherer erhöht das Pflegetagegeld erstmals zum 1. Juli 2015 und danach in dreijährigen Abständen zum 1. Juli des betreffenden Jahres.

2.3 Dynamische Erhöhung

2.3.1 Im Jahr der dynamischen Erhöhung übersendet der Versicherer dem Versicherungsnehmer vor dem Anpassungszeitpunkt einen Nachtrag zum Versicherungsschein, der das neue Pflegetagegeld, den Anpassungszeitpunkt und den neuen Beitrag enthält. Eventuell vereinbarte besondere Bedingungen (insbesondere Leistungseinschränkungen, Leistungsausschlüsse) gelten auch für das hinzukommende Pflegetagegeld.

2.3.2 Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld wird für die jeweilige versicherte Person nach dem zum Anpassungszeitpunkt erreichten tariflichen Lebensalter berechnet; Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag. Es gelten die jeweils gültigen technischen Berechnungsgrundlagen mit der darin enthaltenen Beitragstabelle. Alle weiteren Einzelheiten der dynamischen Erhöhung sind in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

2.3.3 Das Pflegetagegeld einer versicherten Person wird um 10 % erhöht. Dabei wird das Pflegetagegeld kaufmännisch auf einen vollen Euro-Betrag gerundet.

2.4 Zustandekommen der dynamischen Erhöhung

Die dynamische Erhöhung gilt als angenommen, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Zugang des Nach-

trages zum Versicherungsschein in Textform widerspricht. Auf diese Rechtsfolge wird der Versicherungsnehmer bei Zusendung des Nachtrages zum Versicherungsschein nochmals ausdrücklich hingewiesen.

2.5 Erlöschen des Rechts auf dynamische Erhöhung

Das Recht auf weitere dynamische Erhöhungen für eine versicherte Person erlischt, wenn der Versicherungsnehmer für diese versicherte Person mehr als zweimal unmittelbar hintereinander widersprochen hat. Es kann jedoch auf Antrag des Versicherungsnehmers mit Zustimmung des Versicherers neu begründet werden.

2.6 Sondervorteile

Eine dynamische Erhöhung wird ohne erneute Gesundheitsprüfung vorgenommen. Der höhere Versicherungsschutz beginnt auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle mit dem Anpassungszeitpunkt.

3. Versicherte Option auf Nachversicherung / Tarifumstellung

3.1 Nachversicherung / Tarifumstellung in andere Zusatztarife nach Reformen in der gesetzlichen Pflegeversicherung

Der Versicherer garantiert jeder im Tarif uni-PT-Premium versicherten Person die Nachversicherung bzw. Umstellung in neue Tarife zur Ergänzung der sozialen oder privaten Pflegeversicherung (Zieltarife), die in Reaktion auf in Kraft tretende Reformen der Leistungen in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung vom Versicherer eingeführt werden, zu Sonderkonditionen. Voraussetzung dabei ist, dass die versicherte Person im Zieltarif versicherungsfähig ist.

3.2 Sonderkonditionen

Wenn der Versicherungsnehmer sein Anrecht beim Versicherer entsprechend den Bestimmungen des Abschnitts 3.3 fristgemäß geltend macht, gelten für die Zieltarife folgende Sonderkonditionen:

a) Es wird keine neue Gesundheitsprüfung durchgeführt.

b) Die Versicherungszeit im Tarif uni-PT-Premium wird auf die für den Zieltarif geltenden Wartezeiten angerechnet.

c) Bei Nachversicherung erfolgt die Beitragseinstufung im Zieltarif zu dem tariflichen Eintrittsalter, das die versicherte Person zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherung im Zieltarif erreicht hat.

   Die Beitragseinstufung bei Tarifumstellung ist in § 8 a Absatz 2 und 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, geregelt.

d) Sind für die Versicherung nach Tarif uni-PT-Premium besondere Bedingungen wie z. B. Leistungsausschlüsse oder besonders vereinbarte Beitragszuschläge vereinbart, so werden diese auch auf den neuen Versicherungsschutz entsprechend übertragen.

3.3 Stichtage

Von dem gemäß Abschnitt 3.1 versicherten Anrecht kann nur innerhalb von drei Monaten nach Einführung des jeweiligen Tarifes Gebrauch gemacht werden. Der Versicherungsnehmer muss die Nachversicherung innerhalb dieser Frist beim Versicherer in Textform geltend machen. Andernfalls erlischt das versicherte Anrecht.

KVB-063 01.17

Tarif uni-PT-Komfort (uni-PT-K)

für Pflegetagegeld bei häuslicher und stationärer Pflege von Pflegebedürftigen nach Pflegegrad 4 und 5

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/EPV 2017) und Teil II Tarifbedingungen für die Pflegeergänzungsversicherung (TB/EPV) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer zahlt nach Maßgabe des Versicherungsvertrages im Versicherungsfall folgende Leistungen:

1.1 Pflegetagegeld

1.1.1 Das Pflegetagegeld kann in ganzen Vielfachen von 5 EUR versichert werden. Es muss mindestens 15 EUR betragen.

Das Pflegetagegeld wird unabhängig von der Höhe entstandener Pflegekosten und ohne zeitliche Begrenzung für jeden Tag einer Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 bzw. 5 gezahlt.

Das vereinbarte Pflegetagegeld beträgt

a) bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 50 %

b) bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 5 100 %

des vereinbarten Tagessatzes.

Bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 1, Pflegegrad 2 oder Pflegegrad 3 sieht der Tarif keine Leistungen vor.

1.1.2 Doppeltes Pflegetagegeld bei Pflegebedürftigkeit nach Unfällen

Tritt Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 bzw. 5 in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls ein, wird das gemäß Abschnitt 1.1.1 vereinbarte Pflegetagegeld verdoppelt. Das doppelte Pflegetagegeld wird nur gezahlt, wenn und solange die versicherte Person das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

1.1.3 Doppeltes Pflegetagegeld, wenn Kinder unter 18 Jahren versorgt werden müssen

Im Falle einer Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 bzw. 5 wird das gemäß Abschnitt 1.1.1 vereinbarte Pflegetagegeld verdoppelt, wenn und solange mindestens ein Kind unter 18 Jahren versorgt werden muss.

Als Kinder werden berücksichtigt:

- im ersten Grad mit der versicherten Person verwandte Kinder,
- angenommene (adoptierte) Kinder,
- Kinder des Ehegatten und
- Pflegekinder,

die bei Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 bzw. 5 mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, solange sie das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

1.1.4 Der Anspruch auf doppeltes Pflegetagegeld besteht auch bei gleichzeitigem Vorliegen der Voraussetzungen nach Abschnitt 1.1.2 und 1.1.3 nur einmal. Das heißt, die Verdoppelung erfolgt entweder nach Abschnitt 1.1.2 oder nach Abschnitt 1.1.3.

1.1.5 Halbes Pflegetagegeld bei stationären Aufenthalten, die nicht ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruhen

Abweichend von § 5 Absatz 1 f) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, wird das gemäß Abschnitt 1.1.1 vereinbarte Pflegetagegeld während der Dauer einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus, einer stationären Rehabilitationsmaßnahme oder einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, die nicht ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht, zur Hälfte gezahlt.

1.1.6 Auszahlung des Pflegetagegeldes

Das Pflegetagegeld gemäß den Abschnitten 1.1.1 bis 1.1.5 wird monatlich im Voraus ausgezahlt.

1.2 Sonderzahlung

Eine Sonderzahlung in Höhe des 10fachen des gemäß Abschnitt 1.1.1 a) bzw. b) vereinbarten Pflegetagegeldes wird bei erstmaliger Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 bzw. 5 zusammen mit der ersten Leistungsauszahlung gezahlt.

Anschließend erfolgt die Auszahlung der Sonderzahlung kontinuierlich nach Ablauf von jeweils zwei Jahren, sofern noch Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 bzw. 5 für die versicherte Person besteht.

1.3 Beitragsbefreiung

Wenn und solange für eine versicherte Person Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 bzw. 5 besteht, wird der Tarif für diese Person beitragsfrei weitergeführt. Die Beitragsbefreiung gilt ab dem Ersten des Monats, für den erstmals Leistungen aus diesem Tarif ausgezahlt werden.

2. Dynamische Erhöhung des Pflegetagegeldes

2.1 Voraussetzung

Das Pflegetagegeld wird – auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit – zur Werterhaltung erhöht, wenn die versicherte Person zum Anpassungszeitpunkt

- ein tarifliches Lebensalter von mindestens 21 Jahren erreicht hat

und

- seit mindestens zwei Jahren ununterbrochen nach Tarif uni-PT-Komfort versichert ist.

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Jahr der Anpassung und dem Geburtsjahr.

2.2 Anpassungszeitpunkt

Der Versicherer erhöht das Pflegetagegeld erstmals zum 1. Juli 2015 und danach in dreijährigen Abständen zum 1. Juli des betreffenden Jahres.

2.3 Dynamische Erhöhung

2.3.1 Im Jahr der dynamischen Erhöhung übersendet der Versicherer dem Versicherungsnehmer vor dem Anpassungszeitpunkt einen Nachtrag zum Versicherungsschein, der das neue Pflegetagegeld, den Anpassungszeitpunkt und den neuen Beitrag enthält. Eventuell vereinbarte besondere Bedingungen (insbesondere Leistungseinschränkungen, Leistungsausschlüsse) gelten auch für das hinzukommende Pflegetagegeld.

2.3.2 Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld wird für die jeweilige versicherte Person nach dem zum Anpassungszeitpunkt erreichten tariflichen Lebensalter berechnet; Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag. Es gelten die jeweils gültigen technischen Berechnungsgrundlagen mit der darin enthaltenen Beitragstabelle. Alle weiteren Einzelheiten der dynamischen Erhöhung sind in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

2.3.3 Das Pflegetagegeld einer versicherten Person wird um 10 % erhöht. Dabei wird das Pflegetagegeld kaufmännisch auf einen vollen Euro-Betrag gerundet.

2.4 Zustandekommen der dynamischen Erhöhung

Die dynamische Erhöhung gilt als angenommen, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Zugang des Nachtrages zum Versicherungsschein in Textform widerspricht. Auf diese

Rechtsfolge wird der Versicherungsnehmer bei Zusendung des Nachtrages zum Versicherungsschein nochmals ausdrücklich hingewiesen.

2.5 Erlöschen des Rechts auf dynamische Erhöhung

Das Recht auf weitere dynamische Erhöhungen für eine versicherte Person erlischt, wenn der Versicherungsnehmer für diese versicherte Person mehr als zweimal unmittelbar hintereinander widersprochen hat. Es kann jedoch auf Antrag des Versicherungsnehmers mit Zustimmung des Versicherers neu begründet werden.

2.6 Sondervorteile

Eine dynamische Erhöhung wird ohne erneute Gesundheitsprüfung vorgenommen. Der höhere Versicherungsschutz beginnt auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle mit dem Anpassungszeitpunkt.

3. Versicherte Optionen auf Höher- oder Nachversicherung

3.1 Höherversicherung von Tarif uni-PT-Komfort in Tarif uni-PT-Premium

3.1.1 Der Versicherer garantiert jeder im Tarif uni-PT-Komfort versicherten Person, die bei Abschluss des Tarifs uni-PT-Komfort das tarifliche Eintrittsalter von 55 Jahren noch nicht überschritten hat, die Höherversicherung durch Umstellung in den Tarif uni-PT-Premium (Zieltarif) zu Sonderkonditionen. Als tarifliches Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr (vgl. § 8 a Absatz 1.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II).

3.1.2 Für den Zieltarif gelten die folgenden Sonderkonditionen,

wenn der Versicherungsnehmer sein Anrecht beim Versicherer entsprechend den Bestimmungen des Abschnitts 3.3.1 fristgemäß geltend macht

und

für die versicherte Person mit Tarif uni-PT-Komfort erstmals eine Pflegetagegeldversicherung beim Versicherer besteht:

a) Es wird keine neue Gesundheitsprüfung durchgeführt.

b) Die Beitragseinstufung bei Höherversicherung ist in § 8 a Absatz 2 und 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, geregelt.

c) Sind für die Versicherung nach Tarif uni-PT-Komfort besondere Bedingungen wie z. B. Leistungsausschlüsse oder besonders vereinbarte Beitragszuschläge vereinbart, so werden diese auch auf den neuen Versicherungsschutz entsprechend übertragen.

3.2 Nachversicherung / Tarifumstellung in andere Zusatztarife nach Reformen der gesetzlichen Pflegeversicherung

3.2.1 Der Versicherer garantiert jeder im Tarif uni-PT-Komfort versicherten Person die Nachversicherung bzw. Umstellung in neue Tarife zur Ergänzung der sozialen oder privaten Pflegeversicherung (Zieltarife), die in Reaktion auf in Kraft tretende Reformen der Leistungen der Pflegegrade 4 und 5 in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung vom Versicherer eingeführt werden, zu Sonderkonditionen. Voraussetzung dabei ist, dass die versicherte Person im Zieltarif versicherungsfähig ist.

3.2.2 Sonderkonditionen

Wenn der Versicherungsnehmer sein Anrecht beim Versicherer entsprechend den Bestimmungen des Abschnitts 3.3.2 fristgemäß geltend macht, gelten für die Zieltarife folgende Sonderkonditionen:

a) Es wird keine neue Gesundheitsprüfung durchgeführt.

b) Die Versicherungszeit im Tarif uni-PT-Komfort wird auf die für den Zieltarif geltenden Wartezeiten angerechnet.

c) Bei Nachversicherung erfolgt die Beitragseinstufung im Zieltarif zu dem tariflichen Eintrittsalter, das die versicherte Person zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherung im Zieltarif erreicht hat.

Die Beitragseinstufung bei Tarifumstellung ist in § 8 a Absatz 2 und 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, geregelt.

d) Sind für die Versicherung nach Tarif uni-PT-Komfort besondere Bedingungen wie z. B. Leistungsausschlüsse oder besonders vereinbarte Beitragszuschläge vereinbart, so werden diese auch auf den neuen Versicherungsschutz entsprechend übertragen.

3.3 Stichtage

3.3.1 Von dem gemäß Abschnitt 3.1.1 versicherten Anrecht kann nur zu einem der folgenden Stichtage Gebrauch gemacht werden, die jeweils ab dem für die versicherte Person geltenden Versicherungsbeginn im Tarif uni-PT-Komfort gerechnet werden:

- zum Monatsersten nach Ablauf von fünf Jahren

oder

- zum Monatsersten nach Ablauf von zehn Jahren.

Als zusätzlicher Stichtag gilt der Erste des Monats, der auf die Vollendung des 50. Lebensjahres folgt.

Der jeweilige Stichtag stellt den Beginn des Zieltarifs dar.

Beispiel:
Beginn der Versicherung nach Tarif uni-PT-Komfort: 01.09.2012
Geburtsdatum der versicherten Person: 14.10.1983

Der Zieltarif beginnt entweder am:
1. Stichtag: 01.09.2017 (nach Ablauf von 5 Jahren)
2. Stichtag: 01.09.2022 (nach Ablauf von 10 Jahren)
oder 3. Stichtag: 01.11.2033 (nach 50. Geburtstag)

Der Versicherungsnehmer muss dies spätestens bis zu dem jeweiligen Stichtag beim Versicherer in Textform geltend machen. Andernfalls erlischt das versicherte Anrecht für diesen Stichtag.

3.3.2 Von dem gemäß Abschnitt 3.2.1 versicherten Anrecht kann nur innerhalb von drei Monaten nach Einführung des jeweiligen Tarifes Gebrauch gemacht werden. Der Versicherungsnehmer muss die Nachversicherung innerhalb dieser Frist beim Versicherer in Textform geltend machen. Andernfalls erlischt das versicherte Anrecht.

KVB-064 01.17

Tarif uni-PV plus

für Pflegeleistungen bei häuslicher und stationärer Pflege von Pflegebedürftigen

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/EPV 2017) und Teil II Tarifbedingungen für die Pflegeergänzungsversicherung (TB/EPV) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

I Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung) versichert sind.

Endet die Versicherung in der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung für eine versicherte Person, endet insoweit auch die Versicherung nach diesem Tarif.

II Leistung des Versicherers

1.1 Der Versicherer zahlt im Versicherungsfall im vereinbarten Umfang den Gegenwert der Leistung, den die versicherte Person von der gesetzlichen Pflegeversicherung, insbesondere für die Leistungsbereiche

- häusliche Pflege (Pflegesachleistung, Pflegegeld),
- teilstationäre Pflege,
- vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen,
- häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Verhinderungspflege),
- Kurzzeitpflege,
- Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen,
- zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen,
- Förderung der Gründung von ambulanten Wohngruppen,
- zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen,
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

erhalten hat.

Hinsichtlich Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung finden § 5 Abs. 1d) und e) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, keine Anwendung.

1.2 Keine Leistungspflicht besteht für folgende Leistungsbereiche der gesetzlichen Pflegeversicherung

- soziale Sicherung der Pflegeperson,
- zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsunterbrechung (Pflegeunterstützungsgeld),
- Zuschüsse zur Kranken-, Pflegepflicht- und Arbeitslosenversicherung bei Pflegezeit der Pflegeperson,
- pauschale Zusatzzahlung bei nicht fristgerechter Leistungszusage (§ 18 Abs. 3 b SGB XI),
- Leistung bei Rückstufung (§ 87 a SGB XI).

1.3 Leistungsumfang / Tarifstufen

Der Umfang des Versicherungsschutzes richtet sich nach der vereinbarten Tarifstufe:

a) In der Tarifstufe uni-PV plus 100 beträgt der Leistungsprozentsatz für die unter Ziff. II.1.1 genannte Leistung

100 %.

b) In der Tarifstufe uni-PV plus 50 beträgt der Leistungsprozentsatz für die unter Ziff. II.1.1 genannte Leistung

50 %.

1.4 Berechnung der Leistung bei beihilfeberechtigten Personen

Bei beihilfeberechtigten versicherten Personen erfolgt die Berechnung der Leistung nach Ziff. II.1.1 auf Basis der Leistung aus gesetzlicher Pflegeversicherung und entsprechender Vorleistung der Beihilfe. Maximal gezahlt wird die Leistung, die eine nicht beihilfeberechtigte Person bei gleicher versicherter Tarifstufe erhalten würde.

1.5 Auszahlung der Versicherungsleistung

Der Antrag auf Leistung ist nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die gesetzliche Pflegeversicherung zu stellen. Erfolgt die Antragstellung innerhalb von zwölf Monaten nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird die Leistung nach Ziff. II.1.1 nachträglich ab dem ersten Tag der Leistung durch die gesetzliche Pflegeversicherung erbracht. Wird der Antrag später gestellt, wird die Leistung vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht.

1.6 Nachweis der Vorleistung

Der Versicherungsnehmer muss die Höhe der Vorleistung durch die gesetzliche Pflegeversicherung und der Beihilfe nachweisen. Die Belege müssen in Urschrift vorgelegt werden und folgende Angaben enthalten:

- Vor- und Zunamen der gepflegten Person,
- Art der Leistung,
- Höhe des Leistungsbetrages,
- Zeitraum bzw. Datum der Leistungserbringung.

Der Bezug von Pflegegeld ist durch den Beleg der gesetzlichen Pflegeversicherung bzw. der Beihilfe über das gezahlte Pflegegeld nachzuweisen.

Auf den regelmäßigen Nachweis des Fortbestandes der Pflegebedürftigkeit alle sechs Monate nach § 9 (3.1) Satz 1 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II, wird verzichtet.

Spezielle Versicherungen

Besondere Bedingungen für die Reduzierung des Beitrags im Alter uni-BE|flex (uni-BEF)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif uni-OPTI

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif uni-AWG

Besondere Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung (BB AWV)

Besondere Bedingungen für die kleine und große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (KANW-PPV und GANW-PPV)

Besondere Bedingungen für Ausbildungszeiten (BB AE)

Auslandsreisekrankenversicherung nach Tarif uni-RD (AVB/uni-RD)

Besondere Bedingungen für die Reduzierung des Beitrags im Alter uni-BE|flex (uni-BEF)

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Für diese Besonderen Bedingungen für die Reduzierung des Beitrags im Alter uni-BE|flex (uni-BEF) gelten die dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) soweit nachstehend nichts anderes bestimmt ist.

1. Abschlussfähigkeit

Die Besonderen Bedingungen für die Reduzierung des Beitrags im Alter uni-BE|flex (uni-BEF) können nur in Verbindung mit Krankheitskostenvollversicherungstarifen der uniVersa Krankenversicherung a.G. für ambulante, zahnärztliche und/oder stationäre Heilbehandlung, für die eine Alterungsrückstellung gebildet wird (Grundtarife), vereinbart werden. Als Grundtarife gelten nicht der Basistarif i.S.d. § 152 Abs. 1 VAG, der Standardtarif, die R-Stufen der Tarife uni-A und uni-ST sowie alle Tarife, bei denen die Beiträge geschlechtsabhängig erhoben werden. Das Mindesteintrittsalter bei Abschluss beträgt 22 Jahre.

2 Beitragsreduzierung

2.1 Reduktionsbetrag

Mit den Besonderen Bedingungen für die Reduzierung des Beitrags im Alter uni-BE|flex (uni-BEF) wird eine monatliche Reduzierung der Beiträge für die Grundtarife (Reduktionsbetrag) vereinbart. Der Reduktionsbetrag kann in ganzen Vielfachen von 5 EUR vereinbart werden und muss mindestens 5 EUR betragen. Bei mehreren Grundtarifen wird der Reduktionsbetrag nach dem in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Verfahren den einzelnen Grundtarifen zugeordnet. Insgesamt darf der Reduktionsbetrag 100 % des Betrages nicht übersteigen, der sich aus der Addition der Beiträge für die Grundtarife (ohne Berücksichtigung eines möglicherweise vereinbarten Risikoausgleichsbeitrages) und des Beitrages für die Besonderen Bedingungen für die Reduzierung des Beitrags im Alter uni-BE|flex (uni-BEF) , aufgerundet jeweils auf volle 5 EUR, ergibt. Vermindern sich die Beiträge für die Grundtarife oder erfolgt ein Wechsel in Grundtarife mit geringeren Beiträgen, so dass die in Ziffer 2.1 Satz 4 genannte Höchstgrenze überschritten wird, wird der Reduktionsbetrag gemäß den technischen Berechnungsgrundlagen entsprechend vermindert. Dies gilt nicht, wenn ein Grundtarif in Form einer Anwartschaftsversicherung fortgeführt oder für einen Grundtarif das beitragsfreie Ruhen vereinbart wird.

2.2 Reduktionsbeginn

2.2.1 Planmäßiger Reduktionsbeginn

Die monatliche Beitragsreduzierung beginnt in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person ihr 67. Lebensjahr vollendet zum Ersten des Monats, der dem Monat des Versicherungsbeginns der Besonderen Bedingungen für die Reduzierung des Beitrags im Alter uni-BE|flex (uni-BEF) entspricht (Reduktionsbeginn).

2.2.2 Vorgezogener Reduktionsbeginn

Auf Antrag des Versicherungsnehmers kann die monatliche Beitragsreduzierung auch bereits in dem Kalenderjahr beginnen, in dem die versicherte Person ihr 63., 64., 65. oder 66. Lebensjahr vollendet. Die erstmalige Reduktion erfolgt dabei zum Ersten des Monats, der dem Monat des Versicherungsbeginns der Besonderen Bedingungen für die Reduzierung des Beitrags im Alter uni-BE|flex (uni-BEF) entspricht (Reduktionsbeginn).

Für den vorgezogenen Reduktionsbeginn wird entsprechend den technischen Berechnungsgrundlagen der geänderte Reduktionsbetrag ermittelt, der dann auch Ausgangsbasis für die Erhöhung nach Ziffer 2.3 ist.

Das Wahlrecht kann nur einmalig und nicht rückwirkend ausgeübt werden. Der Antrag auf vorgezogenen Reduktionsbeginn muss in Textform spätestens bis zum gewünschten Reduktionsbeginn beim Versicherer eingegangen sein.

2.3 Erhöhung des Reduktionsbetrages

Nach Reduktionsbeginn erhöht sich der Reduktionsbetrag in Abständen von fünf Jahren um jeweils 10 % des bei Reduktionsbeginn geltenden Reduktionsbetrages, erstmals in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 72. Lebensjahr vollendet, letztmals in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person ihr 102. Lebensjahr vollendet.

Ausgehend von einem vereinbarten Reduktionsbetrag von 50 EUR ab dem 01. März des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person ihr 67. Lebensjahr vollendet, ergibt sich beispielsweise folgende Entwicklung des Reduktionsbetrages:

01. März des Kalenderjahres, in dem folgendes Lebensjahr vollendet wird	Steigerung des Reduktionsbetrages
67	50 EUR
72	55 EUR
77	60 EUR
82	65 EUR
87	70 EUR
92	75 EUR
97	80 EUR
102	85 EUR

2.4 Umfang der Betragsreduzierung

Nach Reduktionsbeginn wird die Beitragsreduktion in der vereinbarten Höhe wirksam. Soweit der Reduktionsbetrag höher ist als der Betrag, der sich aus der Addition der Beiträge für die Grundtarife (ohne Berücksichtigung eines möglicherweise vereinbarten Risikoausgleichsbeitrages) und des Beitrages für die Besonderen Bedingungen für die Reduzierung des Beitrags im Alter uni-BE|flex (uni-BEF) ergibt, wird der überschießende Teil des Reduktionsbetrages zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter gemäß § 150 Abs. 3 VAG verwendet.

3 Beiträge

3.1 Beitragszahlung

Der Beitrag für die Besonderen Bedingungen für die Reduzierung des Beitrags im Alter uni-BE|flex (uni-BEF) ist auch nach Reduktionsbeginn weiter zu zahlen, und zwar bis zur Beendigung der Grundtarife der versicherten Person. Die Beitragszahlung richtet sich nach den Vereinbarungen in den Grundtarifen.

3.2 Beitragsanpassung

Eine Anpassung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe von § 8 b der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil I. Dabei vergleicht der Versicherer bei den Besonderen Bedingungen für die Reduzierung des Beitrags im Alter uni-BE|flex (uni-BEF) zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als fünf Prozent, werden alle Beiträge vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

4 Anpassung/Dynamik des Reduktionsbetrages

4.1 Individuelle Anpassung des Reduktionsbetrages

Der bereits vereinbarte Reduktionsbetrag kann unter Berücksichtigung von Ziffer 2.1 jeweils zum nächsten Ersten des Monats, der dem Monat des Versicherungsbeginns der Besonderen Bedingungen für die Reduzierung des Beitrags im Alter uni-BE|flex (uni-BEF) entspricht, erhöht

werden. Eine Verringerung des Reduktionsbetrages kann bis zum Reduktionsbeginn vereinbart werden, sofern dabei der Betrag von 5 EUR gemäß Ziffer 2.1 nicht unterschritten wird.

4.2 Dynamische Anpassung des Reduktionsbetrages

Der vereinbarte Reduktionsbetrag wird unter Berücksichtigung von Ziffer 2.1 nach den folgenden Bestimmungen erhöht:

4.2.1 Anpassungszeitpunkt

Die uniVersa Krankenversicherung a.G. erhöht zum Werterhalt den Reduktionsbetrag erstmals zum 01.07.2014 und danach in vierjährigen Abständen zum 01. Juli des betreffenden Jahres.

4.2.2 Voraussetzungen

Die Anpassung erfolgt für alle versicherten Personen,

- bei denen die Vereinbarung der Besonderen Bedingungen für die Reduzierung des Beitrags im Alter uni-BE|flex (uni-BEF) zum Zeitpunkt der Anpassung mindestens ein Jahr ununterbrochen bestanden hat,
- bei denen der Reduktionsbeginn nach Ziffer 2.2 nach dem Zeitpunkt der Anpassung liegt und
- bei denen die Grundtarife zum Zeitpunkt der Anpassung weder in Form einer Anwartschaftsversicherung fortgeführt werden noch für deren Grundtarife zum Zeitpunkt der Anpassung das beitragsfreie Ruhen vereinbart ist.

Die uniVersa Krankenversicherung a.G. übersendet dem Versicherungsnehmer vor dem Anpassungstermin einen Nachtrag zum Versicherungsschein, der den neuen Reduktionsbetrag, den Anpassungszeitpunkt und den neuen Beitrag enthält.

4.2.3 Umfang der Anpassung

Der zum Anpassungszeitpunkt geltende Reduktionsbetrag der versicherten Person wird um 10 % erhöht und anschließend auf volle 5 EUR aufgerundet.

4.2.4 Zustandekommen der dynamischen Anpassung

Die dynamische Anpassung gilt als angenommen, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Zugang des Nachtrages zum Versicherungsschein in Textform widerspricht. Auf diese Rechtsfolge wird der Versicherungsnehmer bei Zusendung des Nachtrages zum Versicherungsschein nochmals ausdrücklich hingewiesen.

5 Beendigung

5.1 Kündigung der Besonderen Bedingungen für die Reduzierung des Beitrags im Alter uni-BE|flex (uni-BEF)

Der Versicherungsnehmer kann die Besonderen Bedingungen für die Reduzierung des Beitrags im Alter uni-BE|flex (uni-BEF) jederzeit zum Ende des Monats kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

5.2 Ende des Grundtarifs

Endet ein Grundtarif einer versicherten Person, so enden auch die Besonderen Bedingungen für die Reduzierung des Beitrags im Alter uni-BE|flex (uni-BEF), sofern nicht weitere Grundtarife bestehen.

Bei Kündigung der substitutiven Krankheitskostenversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages bei einem anderem privaten Krankenversicherungsunternehmen besteht Anspruch auf einen Übertragungswert nach § 13 Abs. 8 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil I.

Wird ein Grundtarif in Form einer Anwartschaftsversicherung fortgeführt oder für einen Grundtarif das beitragsfreie Ruhen vereinbart, hat dies keinen Einfluss auf den Bestand der Besonderen Bedingungen für die Reduzierung des Beitrags im Alter uni-BE|flex (uni-BEF). Das Kündigungsrecht nach Ziffer 5.1 und das Recht zur Anpassung des Reduktionsbetrages nach Ziffer 4.1 bleiben unberührt.

5.3 Ende der Besonderen Bedingungen für die Reduzierung des Beitrags im Alter uni-BE|flex (uni-BEF)

Enden die Besonderen Bedingungen für die Reduzierung des Beitrags im Alter uni-BE|flex (uni-BEF) und hat die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beendigung das 62. Lebensjahr noch nicht vollendet, wird die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Alterungsrückstellung zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter gemäß § 150 Abs. 3 VAG für eine bei der uniVersa Krankenversicherung a.G. bestehende Krankheitskostenversicherung verwendet.

Hat die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beendigung der Besonderen Bedingungen für die Reduzierung des Beitrags im Alter uni-BE|flex (uni-BEF) das 62. Lebensjahr bereits vollendet, wird die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Alterungsrückstellung sofort beitragsmindernd auf den Beitrag einer bei der uniVersa Krankenversicherung a.G. bestehenden Krankheitskostenversicherung angerechnet.

Besteht keine solche Krankheitskostenversicherung, so verfällt die Alterungsrückstellung aus den Besonderen Bedingungen für die Reduzierung des Beitrags im Alter uni-BE|flex (uni-BEF) zugunsten der Versichertengemeinschaft.

KVB-083 10.16

Tarif uni-OPTI

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif uni-OPTI
der uniVersa Krankenversicherung a.G.

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Anrecht auf Private Krankenversicherung zu Sonderkonditionen

Mitglieder einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung erhalten durch die Versicherung in diesem Tarif für sich und ihre nach Tarif uni-OPTI mitversicherten Familienangehörigen ein Anrecht auf Aufnahme in eine private Krankenversicherung der uniVersa Krankenversicherung a.G., die den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzt.

Versicherte in einer Krankheitskostenvollversicherung der uniVersa Krankenversicherung a.G. erhalten ein Anrecht auf Höher- oder Nachversicherung.

Für die Versicherten wird garantiert, dass nach Geltendmachung der vereinbarten Anrechte eine erneute Gesundheitsprüfung entfällt und nach Anrechnung der Versicherungszeiten des Tarifes uni-OPTI in der Krankenversicherung keine erneuten Wartezeiten anfallen. In den Tarifen der Krankenversicherung besteht somit Versicherungsschutz ab Versicherungsbeginn und alle während der Laufzeit des Tarifes uni-OPTI eingetretenen Krankheiten oder Unfallfolgen sind mitversichert.

Die genauen Bestimmungen des Tarifes uni-OPTI sind den nachfolgenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen

§ 1 Versicherungsfähiger Personenkreis

(1) Versicherungsfähigkeit im Tarif uni-OPTI besteht für die nachstehend aufgeführten Personen, sofern diese bei Abschluss des Tarifes uni-OPTI das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:

a) versicherungspflichtige Mitglieder eines Trägers der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung;

b) Studenten/innen, die bei einer Hochschule, Fachhochschule oder anderen gleichwertigen Einrichtung eingeschrieben (immatrikuliert) sind;

c) freiwillig versicherte Mitglieder eines Trägers der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, solange dieser zur Beitragsberechnung niedrigere Einnahmen als die nach § 223 (3) Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) maßgebende Beitragsbemessungsgrenze[1] zugrunde legt;

d) Mitglieder eines Trägers der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, solange diese aufgrund eines Wahltarifes an diesen gebunden sind.

e) Versicherte der uniVersa Krankenversicherung a. G. mit einer Krankheitskostenvollversicherung, die die Gesetzliche Krankenversicherung ersetzt, und die bereits seit Vertragsbeginn wesentliche Leistungsbereiche oder einen Krankentagegeldtarif nicht mitversichert haben.

(2) Mitversicherbarer Personenkreis:

Nicht berufstätige Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder der unter § 1 (1) a) bis d) aufgeführten versicherungsfähigen Personen können - jeweils gegen eigenen Beitrag - mitversichert werden, sofern diese bei Abschluss des Tarifes uni-OPTI das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 2 Versicherte Anrechte – Leistungen des Versicherers

Der Umfang des Versicherungsschutzes nach diesem Tarif ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(1) Anrecht auf private, substitutive Krankenversicherung für gesetzlich Versicherte:

(1.1) Der Versicherer garantiert die Versicherung in einer privaten, die gesetzliche Krankenversicherung ersetzenden Krankenversicherung für alle gemäß § 1 (1) a) bis d) versicherten und nach § 1 (2) mitversicherten Personen, sobald für sie keine Versicherungsfähigkeit für Tarif uni-OPTI mehr besteht und der Versicherungsnehmer dieses Anrecht gemäß § 3 (1) beim Versicherer geltend macht.

Im Rahmen des dann gegebenen Tarifwerks des Versicherers wird die Versicherung in den für den Neuzugang und den entsprechenden Personenkreis geöffneten Tarifen (Zieltarife) der nachstehend aufgeführten Leistungsbereiche zu den dann gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgen:

a) Für Arbeitnehmer/innen:

- Krankheitskostenvollversicherung sowohl für ambulante als auch stationäre Heilbehandlung bei Unterkunft im Mehr-, Zwei- oder Einbettzimmer sowie Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie – jeweils mit privatärztlicher Behandlung;
- Krankentagegeldversicherung mit Leistungsbeginn im Anschluss an die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts - frühestens ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (beachte § 2 Abs. 1.2);
- Pflegetagegeldversicherung mit einem kalendertäglichen Tagegeld bis zu 60 EUR;
- Pflegepflichtversicherung nach § 23 Elftes Sozialgesetzbuch (SGB XI).

b) Für selbständig Tätige:

- Krankheitskostenvollversicherung sowohl für ambulante als auch stationäre Heilbehandlung bei Unterkunft im Mehr-, Zwei- oder Einbettzimmer sowie Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie – jeweils mit privatärztlicher Behandlung;
- Krankentagegeldversicherung mit frühestem Leistungsbeginn ab dem 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit (beachte § 2 Abs. 1.2);
- Pflegetagegeldversicherung mit einem kalendertäglichen Tagegeld bis zu 60 EUR;
- Pflegepflichtversicherung nach § 23 SGB XI.

c) Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe (Beihilfeberechtigte) bzw. als berücksichtigungsfähiger Familienangehöriger:

- beihilfekonforme Restkostenversicherung sowohl für ambulante als auch stationäre Heilbehandlung bei Unterkunft im Mehr-, Zwei- oder Einbettzimmer sowie Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie – jeweils mit privatärztlicher Behandlung;
- Krankenhaustagegeldversicherung maximal in Höhe der, nach den für die versicherte Person gültigen Beihilfevorschriften vorgesehenen, täglichen Selbstbeteiligung im Krankenhaus;
- Pflegetagegeldversicherung mit einem kalendertäglichen Tage-

[1] Dieser Betrag wird jährlich durch die Bundesregierung per Rechtsverordnung (Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung) festgesetzt, die im Bundesgesetzblatt veröffentlicht wird.

geld bis zu 60 EUR;

- Beihilfeergänzungsversicherung, sofern dafür Versicherungsfähigkeit gegeben ist;

- Pflegepflichtversicherung nach § 23 SGB XI.

Der Erstattungsprozentsatz der Restkostenversicherung ist so zu wählen, dass er zusammen mit dem Erstattungsprozentsatz aus der Beihilfe 100 nicht überschreitet.

d) Für mitversicherte, nicht berufstätige Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder der in a) und b) aufgeführten Personen:

- Krankheitskostenvollversicherung sowohl für ambulante als auch stationäre Heilbehandlung bei Unterkunft im Mehr-, Zwei- oder Einbettzimmer sowie Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie – jeweils mit privatärztlicher Behandlung;

- Pflegetagegeldversicherung mit einem kalendertäglichen Tagegeld bis zu 60 EUR;

- Pflegepflichtversicherung nach § 23 SGB XI.

(1.2) Die Tagegeldhöhe einer Krankentagegeldversicherung ist vom Versicherungsnehmer wählbar. Sie darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen zzgl.

- der für den Erhalt von Anrechnungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung erforderlichen Beitragszahlungen Rentenversicherungspflichtiger sowie

- der Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung

nicht übersteigen, jedoch in allen Tarifstufen mit Leistungsbeginn bis zum 29. Tag der Arbeitsunfähigkeit insgesamt höchstens 260 EUR für freiberuflich Tätige und 130 EUR für alle anderen Selbständigen.

(1.3) Wenn der Versicherungsnehmer sein Anrecht gemäß den Bestimmungen des § 3 (1) beim Versicherer geltend macht, gelten für die Zieltarife folgende Sonderkonditionen:

a) Es wird keine neue Gesundheitsprüfung durchgeführt; damit ergeben sich für die während der Laufzeit des Tarifes uni-OPTI neu aufgetretenen Krankheiten und Unfallfolgen weder Leistungsausschlüsse noch Risikozuschläge.

b) Die Leistungspflicht in der Krankenversicherung beginnt am Tag des Versicherungsbeginns im Zieltarif, wenn die bedingungsgemäßen Wartezeiten des Zieltarifes durch die Anrechnung der Versicherungszeit im Tarif uni-OPTI entfallen sind. Dies gilt auch hinsichtlich bereits eingetretener Versicherungsfälle für Behandlungszeiten ab Versicherungsbeginn in den Zieltarifen.

c) Die Beitragseinstufung erfolgt zu dem tariflichen Eintrittsalter, das die versicherte Person zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherung im Zieltarif erreicht hat.

d) Die Versicherungszeit im Tarif uni-OPTI wird nicht auf solche Leistungsbegrenzungen angerechnet, die ein Zieltarif für die ersten Versicherungs- bzw. Kalenderjahre vorsieht.

e) Die Versicherungszeit im Tarif uni-OPTI wird nicht auf die Vorversicherungszeit der Pflegepflichtversicherung gemäß § 110 (3) SGB XI angerechnet.

(2) Anrecht für bereits privat krankheitskostenvollversicherte Personen auf Höher- oder Nachversicherung:

(2.1) Der Versicherer garantiert für gemäß § 1 (1) e) versicherte Personen

a) die Höherversicherung durch Tarifumstellung entweder in eine andere Tarifstufe oder in einen anderen Tarif mit größerem Leistungsumfang (Zieltarife) als bisher vereinbart sowie

b) die Nachversicherung, d.h. die Vereinbarung von Tarifen (Zieltarife) zusätzlich zum bisher vereinbarten Versicherungsschutz.

Wird ein Krankentagegeldtarif beantragt, garantiert der Versicherer die Aufnahme in Tarifstufen mit einem Leistungsbeginn

- für Arbeitnehmer/innen im Anschluss an die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts - frühestens ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit,

- für selbständig Tätige frühestens ab dem 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit.

Die Bestimmungen des § 2 (1.2) sind dabei zu beachten.

Wählbar sind alle für die versicherte Person zum Zeitpunkt der Höher- oder Nachversicherung geöffneten Tarife der Krankheitskostenvoll- und Krankentagegeldversicherung des Versicherers.

(2.2) Für die Höherversicherung gelten, sofern der Versicherungsnehmer sein Anrecht entsprechend den Bestimmungen des § 3 (2) beim Versicherer geltend macht, folgende, über die gesetzlichen und in bereits bestehenden Tarifen beim Versicherer fixierten Tarifwechselrechte hinausgehenden Sonderkonditionen:

a) Der Versicherer nimmt keine erneute Gesundheitsprüfung vor.

b) Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Umstellung im Verhältnis der durch die Umstellung bedingten Veränderung der Tarifbeiträge übernommen.

(2.3) Für die Nachversicherung gelten, sofern der Versicherungsnehmer sein Anrecht entsprechend den Bestimmungen des § 3 (2) beim Versicherer beantragt, die Sonderkonditionen gemäß § 2 (1.3) a) bis d).

(3) Anrecht auf Vereinbarung von Zusatzversicherungen bei Nichteinlösen des Anrechtes aus § 2 (1) bzw. (2) oder zu bestimmten Stichtagen:

(3.1) Sofern der Tarif uni-OPTI gemäß § 7 (1) c) für eine versicherte Person wegen Vollendung des 50. Lebensjahres endet, ohne dass diese ihr Anrecht aus § 2 (1) bzw. (2) wahrnimmt, garantiert der Versicherer der betreffenden Person die Aufnahme in für den Neuzugang geöffnete Zusatzversicherungen sowie einer Krankentagegeldversicherung mit einem Leistungsbeginn ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit, sofern für die betreffende Person Versicherungsfähigkeit besteht in unmittelbarem Anschluss an die Beendigung des Tarifs uni-OPTI, wenn dies entsprechend den Bestimmungen des § 3 (3) beim Versicherer beantragt wird. In der Krankenhaus- und Pflegetagegeldversicherung kann dabei eine Tagegeldleistung bis zu 60 EUR versichert werden.

(3.2) Sofern das Anrecht aus § 2 (1) bzw. (2) vom Versicherungsnehmer nicht wahrgenommen wird, besteht zu den nachfolgenden Stichtagen für die versicherte Person das Recht auf Aufnahme in für den Neuzugang geöffnete Zusatzversicherungen sowie einer Krankentagegeldversicherung mit einem Leistungsbeginn ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit, sofern für die betreffende Person Versicherungsfähigkeit besteht:

- zum Monatsersten nach Ablauf von vier Versicherungsjahren

- zum Monatsersten nach jeweils weiteren fünf Versicherungsjahren.

Die Zusatzversicherungen und die Krankentagegeldversicherung müssen entsprechend den Bestimmungen des § 3 (3) beim Versicherer beantragt werden. In der Krankenhaus- und Pflegetagegeldversicherung kann dabei eine Tagegeldleistung bis zu 60 EUR versichert werden.

(3.3) Für die Zusatzversicherung gelten, sofern der Versicherungsnehmer sein Anrecht entsprechend den Bestimmungen des § 3 (3) beim Versicherer beantragt, die Sonderkonditionen gemäß § 2 (1.3) a) bis d).

§ 3 Wahrnehmung eines versicherten Anrechtes

(1) Wahrnehmung des Anrechts auf private, substitutive Krankenversicherung für gesetzlich Versicherte:

(1.1) Will der Versicherungsnehmer von seinem Anrecht gemäß § 2 (1) Gebrauch machen, muss er dies beim Versicherer

- innerhalb von sechs Monaten nach Kenntnis des Wegfalls der Versicherungsfähigkeit für Tarif uni-OPTI,

- sowohl für sich als auch die mitversicherten Personen,

- mit Wirkung für den Zeitpunkt, der unmittelbar an das Ausscheiden aus der gesetzlichen Krankenversicherung anschließt, spätestens zum Beginn des siebten Monats nach Kenntnis des Wegfalls der Versicherungsfähigkeit

in Textform beantragen. Andernfalls erlischt das versicherte Anrecht und der Tarif uni-OPTI wird gemäß § 7 (1) b) beendet.

(2) Wahrnehmung des Anrechts auf Höher- oder Nachversicherung für bereits privat krankheitskostenvollversicherte Personen:

Der Versicherungsnehmer kann von seinem Anrecht gemäß § 2 (2) zu einem der folgenden Stichtage Gebrauch machen:

a) zum Monatsersten nach Ablauf von drei Versicherungsjahren der versicherten Person im Tarif uni-OPTI oder

b) zum Monatsersten nach Ablauf von fünf Versicherungsjahren der versicherten Person im Tarif uni-OPTI oder

c) zum Ersten des Monats der auf die Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person folgt,

wobei der jeweilige Stichtag den Versicherungsbeginn in den Zieltarifen darstellt.

Er muss dies spätestens bis zu dem jeweiligen Stichtag beim Versicherer in Textform beantragen. Andernfalls erlischt das jeweilige versicherte Anrecht.

(3) Wahrnehmung des Anrechts auf Vereinbarung von Zusatzversicherungen bei Nichteinlösen eines Anrechtes aus § 2 (1) oder (2) oder zu bestimmten Stichtagen:

(3.1) Will der Versicherungsnehmer von seinem Anrecht gemäß § 2 (3.1) Gebrauch machen, muss er dies bis spätestens zwei Monate nach Vollendung des 50. Lebensjahres für die betreffende versicherte Person beim Versicherer in Textform beantragen. Andernfalls erlischt das versicherte Anrecht.

(3.2) Will der Versicherungsnehmer von seinem Anrecht gemäß § 2 (3.2) Gebrauch machen, muss er dies für die betreffende versicherte Person bis spätestens zwei Monate vor dem jeweiligen Stichtag beim Versicherer in Textform beantragen. Andernfalls erlischt das jeweilige versicherte Anrecht.

§ 4 Pflichten des Versicherungsnehmers

(1) Beitragszahlung

(1.1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten. Er 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.

(1.2) Bei der Versicherung von Neugeborenen bzw. adoptierten Kindern gemäß § 6 (2) ist der Beitrag von dem auf die Geburt bzw. Adoption folgenden Monat an zu entrichten.

(1.3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Liegt dieser Zeitpunkt vor dem Versicherungsbeginn, so ist der erste Jahresbeitrag bzw. die erste monatliche Beitragsrate am Tage des Versicherungsbeginns fällig.

(1.4) 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 entrichtet ist.

(1.5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 bzw. 38 VVG (s. Anhang) zum Verlust der versicherten Anrechte führen.

(1.6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (s. 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.

(1.7) Die Beiträge bzw. Beitragsraten sind mittels Einzugsermächtigungsverfahren zu entrichten, wenn nicht anders vereinbart.

(2) Beitragsberechnung

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr.

(3) Beitragsänderung

(3.1) Kinder können zum Kinderbeitrag bis zu dem Monat versichert werden, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden. Der Kinderbeitrag entfällt mit Beginn des darauffolgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Erwachsene geltenden Beiträge zu zahlen. Das außerordentliche Kündigungsrecht ist in § 7 (2.5) geregelt.

(3.2) Der Tarif uni-OPTI räumt den Versicherten die in § 2 beschriebenen Anrechte auch dann ein, wenn sich während der Laufzeit des Vertrages die Risikoverhältnisse ändern, z. B. weil sich der Gesundheitszustand von Versicherten verschlechtert. Die Kalkulation des Beitrages des Tarifs uni-OPTI basiert auf den Risikoverhältnissen und Beiträgen der Zieltarife und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Tarifs uni-OPTI festgelegt. Der Versicherer kann deshalb bei einer Beitragsanpassung, die die Voraussetzungen des § 203 Abs. 2 VVG (s. Anhang) erfüllt und in mindestens einem der Zieltarife durchgeführt wird, auch die Beiträge des Tarifes uni-OPTI überprüfen und entsprechend der technischen Berechnungsgrundlage anpassen. Voraussetzung ist, dass ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen überprüft und der Beitragsanpassung zugestimmt hat.

(4) Mitwirkungspflichten

(4.1) Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person gemäß § 1 ist dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten nach Kenntnis in Textform anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.

(4.2) Der Versicherungsnehmer hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges gemäß § 2 erforderlich ist.

(5) Folgen der Verletzung von Mitwirkungspflichten

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

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

§ 5 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.

§ 6 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz nach § 2 beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Versicherungsbeginn.

(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. Versicherungsschutz nach Tarif uni-OPTI besteht dann auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

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.

§ 7 Ende der Versicherung

(1) Ende des Versicherungsschutzes

Der Tarif uni-OPTI endet für eine versicherte Person

a) bei Wahrnehmung eines der versicherten Anrechte mit Ablauf des Monats, der dem Versicherungsbeginn in den Zieltarifen vorausgeht;

b) wenn keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 mehr gegeben ist und ein versichertes Anrecht nicht oder nicht fristgemäß beantragt wurde mit Ablauf des Monats, in dem die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit weggefallen ist. Entfällt die Versicherungsfähigkeit im Tarif uni-OPTI bei Arbeitnehmern, weil deren Mitgliedschaft bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung durch eine vorübergehende Beschäftigung im Ausland beendet wurde, kann der Tarif uni-OPTI abweichend von Satz 1 bis zur Beendigung der Beschäftigung im Ausland weitergeführt werden. Besteht nach Rückkehr aus dem Ausland die Versicherungsfähigkeit nach § 1 weiter, so setzt sich das Versicherungsverhältnis im Tarif uni-OPTI fort.

c) spätestens mit Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet.

Im Übrigen endet der Versicherungsschutz mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (vgl. § 7 Abs. 2 bis 4).

(2) Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(2.1) Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Jahren geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern nicht fristgerecht gekündigt wird.

(2.2) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer gemäß § 7 (2.1) mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2.3) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein für den Tarif uni-OPTI bezeichneten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns. Bestehen beim Versicherer bereits Krankenversicherungsverträge, so endet das erste Versicherungsjahr mit dem Schluss des Versicherungsjahres des zuerst abgeschlossenen Vertrags, das zur Zeit des Vertragsabschlusses läuft. Vertragsänderungen oder nachträgliche Mitversicherung von Personen haben keinen Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.

(2.4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(2.5) Wird der Beitrag gemäß § 4 (3.1) vom Kinder- in den Erwachsenenbeitrag umgestellt, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen.

(2.6) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 4 (3.2), 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.

(2.7) Mit dem Vertragsende erlöschen alle aus Tarif uni-OPTI erworbenen Rechte. Eine Rückzahlung geleisteter Beiträge ist ausgeschlossen.

(3) Kündigung durch den Versicherer

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben davon unberührt.

(4) Sonstige Beendigungsgründe

(4.1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, sofern Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 gegeben ist. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(4.2) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als einen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder als einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird oder die versicherte Person im Rahmen eines in Deutschland bestehenden Beschäftigungsverhältnisses in das außereuropäische Ausland entsandt wird und die Entsendung infolge der Eigenart der Beschäftigung oder vertraglich im Voraus zeitlich begrenzt ist.

(4.3) Liegt ein Scheidungsurteil oder ein Aufhebungsurteil vor, dann haben die Ehegatten oder Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen, sofern Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 gegeben ist. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner getrennt leben.

§ 8 Sonstige Bestimmungen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 9 Gerichtsstand

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

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.

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.

§ 10 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.

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

KVB-082 10.16

Tarif uni-AWG

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif uni-AWG
der uniVersa Krankenversicherung a.G.

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Anwartschaft auf eine Private Krankenversicherung mit Anrechten und Garantien

Personen mit Anspruch auf freie Heilfürsorge (z. B. Bundeswehr, Bereitschaftspolizei, Bundesgrenzschutz) und Mitglieder einer Gesetzlichen Krankenkasse erhalten durch die Versicherung in diesem Tarif ein **Anrecht** auf Aufnahme in eine private Krankenversicherung der uniVersa Krankenversicherung a.G., die den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzt. Den Versicherten wird **garantiert**, dass nach Geltendmachung des vereinbarten Anrechts und nach Anrechnung der Versicherungszeiten in Tarif uni-AWG für die Krankenversicherung keine erneuten Wartezeiten anfallen und eine erneute Gesundheitsprüfung entfällt. Es kann somit Versicherungsschutz in diesen Tarifen ab Versicherungsbeginn erlangt werden und alle während der uni-AWG-Laufzeit neu eingetretenen Krankheiten oder Unfallfolgen sind mitversichert.

Versicherte in einer Krankheitskostenvoll- und Krankentagegeldversicherung der uniVersa Krankenversicherung a.G., deren Versicherungsschutz aus einem der unten genannten Gründe außer Kraft gesetzt werden soll, erhalten durch die Versicherung in diesem Tarif das **Anrecht**, zu einem späteren Zeitpunkt ihren Versicherungsschutz wieder in Kraft zu setzen. Den Versicherten wird **garantiert**, dass die Wiederinkraftsetzung ohne erneute Wartezeiten und ohne erneute Gesundheitsprüfung erfolgt. Es kann somit erneut Leistungspflicht ab dem Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung erlangt werden und alle während der uni-AWG-Laufzeit neu eingetretenen Krankheiten oder Unfallfolgen sind mitversichert. Soweit Alterungsrückstellungen aus der Zeit vor der Versicherung nach Tarif uni-AWG vorhanden sind, wird deren Werterhalt **garantiert**. Sie werden gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen bei der Wiederinkraftsetzung beitragsmindernd angerechnet.

Die genauen Bestimmungen des Tarifs uni-AWG sind den nachfolgenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen

§ 1 Versicherungsfähiger Personenkreis

(1) Versicherungsfähigkeit im Tarif uni-AWG besteht für Personen, die unmittelbar vor Beginn des Tarifs uni-AWG nicht bei der uniVersa Krankenversicherung a.G. krankheitskostenvollversichert waren und für die eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:

a) Anspruch auf freie Heilfürsorge (z. B. Bundeswehr, Bereitschaftspolizei, Bundespolizei);

b) Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder Anspruch auf Familienversicherung gemäß § 10 SGB V.

Der Versicherer kann die Versicherungsfähigkeit auch bei anderen als den unter a) und b) genannten Voraussetzungen zulassen.

(2) Versicherungsfähigkeit im Tarif uni-AWG besteht ferner für Personen, die unmittelbar vor Beginn des Tarifs uni-AWG bereits bei der uniVersa Krankenversicherung a.G. krankheitskostenvollversichert waren und für die eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:

a) Anspruch auf freie Heilfürsorge (z. B. Bundeswehr, Bereitschaftspolizei, Bundespolizei);

b) Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder Anspruch auf Familienversicherung gemäß § 10 SGB V;

c) Auslandsaufenthalt von mindestens zwei Monaten;

d) außergewöhnliche wirtschaftliche Notlage.

Lässt eine Bestimmung in den jeweiligen Tarifbedingungen bzw. Tarifen den Abschluss einer Anwartschaft aus einem anderen als den unter a) – d) genannten Gründe ausdrücklich zu, so gilt auch dieser Grund als eine gültige Voraussetzung.

(3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, das Vorliegen der Voraussetzungen bei Vertragsabschluss nachzuweisen (beachte § 6 (1)). Das weitere Vorliegen der Voraussetzungen ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

§ 2 Versicherte Anrechte – Leistungen des Versicherers

Der Umfang des Versicherungsschutzes nach diesem Tarif ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(1) Anrecht auf Aufnahme in eine Krankheitskostenvoll- und Krankentagegeldversicherung für Personen, die gemäß § 1 (1) im Tarif uni-AWG versichert sind

(1.1) Der Versicherer garantiert die Aufnahme in eine private, die Gesetzliche Krankenversicherung ersetzende Krankenversicherung, sobald für die versicherte Person keine Versicherungsfähigkeit im Tarif uni-AWG mehr besteht und der Versicherungsnehmer dieses Anrecht gemäß § 3 (1) für die versicherte Person beim Versicherer geltend macht.

Im Rahmen des dann gegebenen Tarifwerks des Versicherers wird die Versicherung in den zu diesem Zeitpunkt bedarfsgerechten sowie für den Neuzugang geöffneten Tarifen (Zieltarife) der Krankheitskostenvoll- und Krankentagegeldversicherung zu den dann gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgen. Voraussetzung dabei ist, dass die versicherte Person im Zieltarif versicherungsfähig ist.

Als bedarfsgerecht gelten ausschließlich die in Anlage 1 aufgeführten Leistungsbereiche.

(1.2) Wird das versicherte Anrecht gemäß § 3 geltend gemacht, gelten für die Zieltarife folgende Sonderkonditionen:

a) Es wird keine neue Gesundheitsprüfung durchgeführt; damit ergeben sich für die während der Laufzeit des Tarifs uni-AWG neu aufgetretenen Krankheiten und Unfallfolgen weder Leistungsausschlüsse noch Risikozuschläge.

b) Die Leistungspflicht im Zieltarif beginnt am Tag des Versicherungsbeginns im Zieltarif, wenn die bedingungsgemäßen Wartezeiten des Zieltarifs durch die Anrechnung der Versicherungszeit im Tarif uni-AWG entfallen sind. Dies gilt auch hinsichtlich bereits eingetretener Versicherungsfälle für Behandlungszeiten ab Versicherungsbeginn im Zieltarif.

c) Die Beitragseinstufung erfolgt zu dem tariflichen Lebensalter, das die versicherte Person zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherung im Zieltarif erreicht hat.

d) Die Versicherungszeit im Tarif uni-AWG wird nicht auf solche Leistungsbegrenzungen angerechnet, die ein Zieltarif für Versicherungs- bzw. Kalenderjahre vorsieht.

e) Für Kalenderjahre, in denen eine Versicherung nach Tarif uni-AWG bestanden hat, besteht für die betroffene versicherte Person kein Anspruch auf Beitragsrückerstattung, sofern und soweit der Beschluss der Mitgliedervertretung zur Beitragsrückerstattung nichts anderes bestimmt.

(2) Anrecht auf Wiederinkraftsetzung der Leistungspflicht einer vor Abschluss des Tarifs uni-AWG bereits bestehenden privaten Krankheitskostenvoll- und Krankentagegeldversicherung für Personen, die gemäß § 1 (2) im Tarif uni-AWG versichert sind

Für Behandlungen während der Laufzeit des Tarifs uni-AWG entfällt die Leistungspflicht der uniVersa Krankenversicherung a.G. aus den außer Kraft gesetzten Tarifen, und zwar auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle. Die außer Kraft gesetzten Tarife sind während der Laufzeit des Tarifs uni-AWG beitragsfrei.

(2.1) Wurde eine Krankheitskostenvoll- und Krankentagegeldversicherung bei der uniVersa Krankenversicherung a.G. außer Kraft gesetzt, so garantiert der Versicherer bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit im Tarif uni-AWG die Wiederinkraftsetzung der Leistungspflicht der außer Kraft gesetzten Tarife.

(2.2) Wird das versicherte Anrecht gemäß § 3 (1) bzw. § 3 (2) geltend gemacht oder wird die Leistungspflicht der wieder in Kraft zu setzenden Tarife zum vereinbarten Zeitpunkt gemäß § 3 (3) automatisch wieder in Kraft gesetzt, gelten folgende Sonderkonditionen:

a) Es wird keine neue Gesundheitsprüfung durchgeführt; damit ergeben sich für die während der Laufzeit des Tarifs uni-AWG neu aufgetretenen Krankheiten und Unfallfolgen weder Leistungsausschlüsse noch Risikozuschläge.

Vor der Versicherung nach Tarif uni-AWG bereits gesondert vereinbarte Bedingungen, wie z. B. Leistungsausschlüsse, werden bei Wiederinkraftsetzung der Krankheitskostenvoll- und Krankentagegeldversicherung entsprechend übernommen.

b) Die Leistungspflicht in der Krankheitskostenvoll- und Krankentagegeldversicherung beginnt am Tag der Wiederinkraftsetzung, wenn die bedingungsgemäßen Wartezeiten in diesen Tarifen durch die Anrechnung der Vorversicherungszeiten entfallen sind. Dies gilt auch hinsichtlich bereits eingetretener Versicherungsfälle für Behandlungszeiten ab Wiederinkraftsetzung der Leistungspflicht.

c) Die Beitragseinstufung erfolgt zu dem tariflichen Lebensalter, das die versicherte Person zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung der Leistungspflicht erreicht hat.

Soweit Alterungsrückstellungen aus der Zeit vor der Versicherung nach Tarif uni-AWG vorhanden sind, werden diese gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen beitragsmindernd angerechnet.

Die Beiträge können dann nach der Wiederinkraftsetzung der Leistungspflicht höher sein als vor dem Abschluss des Tarifs uni-AWG.

Vor der Versicherung nach Tarif uni-AWG bereits gesondert vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Wiederinkraftsetzung im Verhältnis der durch die Umstellung bedingten Veränderung der Tarifbeiträge übernommen.

d) Für Kalenderjahre, in denen eine Versicherung nach Tarif uni-AWG bestanden hat, besteht für die betroffene versicherte Person kein Anspruch auf Beitragsrückerstattung aus den außer Kraft gesetzten Tarifen, sofern und soweit der Beschluss der Mitgliedervertretung zur Beitragsrückerstattung nichts anderes bestimmt.

§ 3 Wahrnehmung eines versicherten Anrechts

(1) Will der Versicherungsnehmer von seinem Anrecht gemäß § 2 (1) oder § 2 (2) Gebrauch machen (beachte Absatz (3)), muss er dies beim Versicherer

- innerhalb von zwei Monaten nach Kenntnis des Wegfalls der Versicherungsfähigkeit im Tarif uni-AWG

- mit Wirkung zum Ersten des Monats, der auf den Wegfall der Versicherungsfähigkeit folgt

in Textform geltend machen.

(2) Versäumt der Versicherungsnehmer die in Absatz (1) genannte Frist, erfolgt die Inkraftsetzung der Zieltarife gemäß § 2 (1.1) bzw. die Wiederinkraftsetzung der Leistungspflicht gemäß § 2 (2.1) rückwirkend zum Ersten des Monats, der auf den Wegfall der Versicherungsfähigkeit im Tarif uni-AWG folgt.

Der Versicherer kann in Abweichung von § 2 (1.2) a) bzw. § 2 (2.2) a) Satz 1 eine erneute Gesundheitsprüfung verlangen, bei der dann auch Risikozuschläge erhoben sowie Wartezeiten und Leistungsausschlüsse festgelegt werden können.

(3) Wenn der Tarif uni-AWG für eine bestimmte Dauer abgeschlossen wurde, wird die Leistungspflicht der außer Kraft gesetzten Tarife zum vereinbarten Zeitpunkt automatisch wieder in Kraft gesetzt.

§ 4 Pflichten des Versicherungsnehmers

(1) Beitragszahlung

(1.1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten. Er 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.

(1.2) Bei der Versicherung von Neugeborenen bzw. adoptierten Kindern gemäß § 6 (2) ist der Beitrag von dem auf die Geburt bzw. Adoption folgenden Monat an zu entrichten.

(1.3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Liegt dieser Zeitpunkt vor dem Versicherungsbeginn, so ist der erste Jahresbeitrag bzw. die erste monatliche Beitragsrate am Tage des Versicherungsbeginns fällig.

(1.4) 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 entrichtet ist.

(1.5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 bzw. 38 VVG (s. Anhang) zum Verlust der versicherten Anrechte führen.

(1.6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (s. 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.

(2) Beitragsberechnung

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns in Tarif uni-AWG und dem Geburtsjahr.

(3) Beitragsänderung

(3.1) Kinder können zum Kinderbeitrag bis zu dem Monat versichert werden, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden. Der Kinderbeitrag entfällt mit Beginn des darauffolgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Erwachsene geltenden Beiträge zu zahlen. Das außerordentliche Kündigungsrecht ist in § 8 (1.4) geregelt.

(3.2) Der Tarif uni-AWG räumt den Versicherten die in § 2 beschriebenen Anrechte auch dann ein, wenn sich während der Laufzeit des Vertrages die Risikoverhältnisse ändern, z. B. weil sich der Gesundheitszustand von Versicherten verschlechtert. Die Kalkulation des Beitrages des Tarifs uni-AWG basiert auf den Risikoverhältnissen und Beiträgen der Zieltarife und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Tarifs uni-AWG festgelegt. Der Versicherer kann deshalb bei einer Beitragsanpassung, welche die Voraussetzungen des § 203 Abs. 2 VVG (s. Anhang) erfüllt und in mindestens einem der Zieltarife durchgeführt wird, auch die Beiträge des Tarifs uni-AWG überprüfen und entsprechend der technischen Berechnungsgrundlage anpassen. Voraussetzung ist, dass ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen überprüft und der Beitragsanpassung zugestimmt hat.

(4) Mitwirkungspflichten

(4.1) Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person gemäß § 1 ist dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach Kennt-

nis in Textform anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.

(4.2) Der Versicherungsnehmer hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges gemäß § 2 erforderlich ist.

(5) Folgen der Verletzung von Mitwirkungspflichten

Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Gewährung der versicherten Anrechte gemäß § 2 frei, wenn eine der in § 4 (4) genannten Mitwirkungspflichten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 5 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.

§ 6 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz nach § 2 beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Versicherungsbeginn. Frühester Versicherungsbeginn ist der Zeitpunkt, zu dem ein Nachweis der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 (1) oder (2) beim Versicherer vorliegt.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten unmittelbar ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist, das Kind gemäß § 1 (1) im Tarif uni-AWG versicherungsfähig ist und die Anmeldung zur Versicherung im Tarif uni-AWG spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Versicherungsschutz nach Tarif uni-AWG besteht dann auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

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.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (vgl. § 8)

§ 8 Ende des Versicherungsverhältnisses

(1) Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

(1.2) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein für den Tarif uni-AWG bezeichneten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns. Bestehen beim Versicherer bereits Krankenversicherungsverträge, so endet das erste Versicherungsjahr mit dem Schluss des Versicherungsjahres des zuerst abgeschlossenen Vertrags, das zur Zeit des Vertragsabschlusses läuft. Vertragsänderungen oder nachträgliche Mitversicherung von Personen haben keinen Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.

(1.3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(1.4) Wird der Beitrag gemäß § 4 (3.1) vom Kinder- in den Erwachsenenbeitrag umgestellt, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen.

(1.5) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 4 (3.2), 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.

(1.6) Mit dem Vertragsende erlöschen alle aus Tarif uni-AWG erworbenen Rechte. Eine Rückzahlung geleisteter Beiträge ist ausgeschlossen.

(2) Kündigung durch den Versicherer

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben davon unberührt.

(3) Sonstige Beendigungsgründe

(3.1) Der Tarif uni-AWG endet für eine versicherte Person wenn die Voraussetzung, für die er beantragt wurde, wegfällt mit Ablauf des Monats, in dem die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit weggefallen ist.

(3.2) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, sofern Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 gegeben ist. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3.3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als einen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder als einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

(3.4) Liegt ein Scheidungsurteil oder ein Aufhebungsurteil vor, dann haben die Ehegatten oder Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen, sofern Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 gegeben ist. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner getrennt leben.

§ 9 Sonstige Bestimmungen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 10 Gerichtsstand

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

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.

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.

§ 11 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.

Anlage 1 zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif uni-AWG

Als bedarfsgerechte Tarife gemäß den Bestimmungen des § 2 (1.1) Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif uni-AWG gelten ausschließlich die folgenden Leistungsbereiche:

a) Für Arbeitnehmer/innen:	- Krankheitskostenvollversicherung sowohl für ambulante als auch stationäre Heilbehandlung bei Unterkunft im Mehr-, Zwei- oder Einbettzimmer sowie Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie – jeweils mit privatärztlicher Behandlung; - Krankentagegeldversicherung mit Leistungsbeginn im Anschluss an die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts – frühestens ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit;
b) Für gewerblich selbständig Tätige und selbständig freiberuflich Tätige:	- Krankheitskostenvollversicherung sowohl für ambulante als auch stationäre Heilbehandlung bei Unterkunft im Mehr-, Zwei- oder Einbettzimmer sowie Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie – jeweils mit privatärztlicher Behandlung; - Krankentagegeldversicherung mit frühestem Leistungsbeginn ab dem 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit;
c) Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe des öffentlichen Dienstes (Beihilfeberechtigte) bzw. als berücksichtigungsfähiger Familienangehöriger:	- beihilfekonforme Restkostenversicherung sowohl für ambulante als auch stationäre Heilbehandlung bei Unterkunft im Mehr-, Zwei- oder Einbettzimmer sowie Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie – jeweils mit privatärztlicher Behandlung; - Krankenhaustagegeldversicherung maximal in Höhe der, nach den für die versicherte Person gültigen Beihilfevorschriften vorgesehenen, täglichen Selbstbeteiligung im Krankenhaus; - Beihilfeergänzungsversicherung, sofern dafür Versicherungsfähigkeit gegeben ist; Der Erstattungsprozentsatz der Restkostenversicherung ist so zu wählen, dass er zusammen mit dem Erstattungsprozentsatz aus der Beihilfe 100 nicht überschreitet.
d) Für sonstige Personen (ohne Einkommen):	- Krankheitskostenvollversicherung sowohl für ambulante als auch stationäre Heilbehandlung bei Unterkunft im Mehr-, Zwei- oder Einbettzimmer sowie Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie – jeweils mit privatärztlicher Behandlung;

Die Tagegeldhöhe einer Krankentagegeldversicherung ist vom Versicherungsnehmer wählbar. Sie darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen zzgl.

- der für den Erhalt von Anrechnungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung erforderlichen Beitragszahlungen Rentenversicherungspflichtiger sowie

- der Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung

nicht übersteigen, jedoch in allen Tarifstufen mit Leistungsbeginn bis zum 29. Tag der Arbeitsunfähigkeit insgesamt höchstens 260 EUR für selbständig freiberuflich Tätige und 130 EUR für alle anderen gewerblich selbständig Tätigen.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Besondere Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung (BB AWV)

Für die Anwartschaftsversicherung (AWV) gelten die dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), soweit nachstehend nichts anderes bestimmt wird.

1 Voraussetzungen

1.1 Eine AWV kann abgeschlossen werden, wenn eine der nachstehend aufgeführten Voraussetzungen vorliegt:

a) Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein vergleichbarer anderweitiger Krankenversicherungsschutz steht dem gleich. Das sind z. B. Ansprüche auf Familienversicherung gemäß § 10 SGB V bzw. Ansprüche auf Heilfürsorge bei Bundeswehr, Bereitschaftspolizei und Bundesgrenzschutz;

b) Auslandsaufenthalt von mindestens zwei Monaten;

c) eine außergewöhnliche wirtschaftliche Notlage.

Lässt eine Bestimmung in den jeweiligen Tarifbedingungen bzw. Tarifen den Abschluss einer AWV aus einem anderen als der unter a) - c) genannten Gründe ausdrücklich zu, so gilt auch dieser Grund als eine gültige Voraussetzung.

1.2 Die AWV beginnt zu dem von Versicherungsnehmer und Versicherer vereinbarten Zeitpunkt, sofern dann die Voraussetzungen gemäß 1.1 vorliegen und dem Versicherer ein entsprechender Nachweis zugegangen ist.

1.3 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, das weitere Vorliegen der Voraussetzungen in mindestens einjährigen Abständen nachzuweisen.

2 Leistungen des Versicherers

2.1 Für Behandlungen während der AWV entfällt die Leistungspflicht der uniVersa Krankenversicherung a.G., und zwar auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle.

2.2 Die Zeit der AWV wird auf die Wartezeiten der Allgemeinen Versicherungsbedingungen angerechnet.

3 Beiträge

3.1 Der AWV-Beitrag errechnet sich aus dem Grundbeitrag und dem vom Versicherer festgelegten AWV-Beitragsprozentsatz.

Zuschläge für die Mitversicherung von Vorerkrankungen oder Zuschläge für Auslandsaufenthalt werden bei der Berechnung des AWV-Beitrages nicht herangezogen.

3.2 Erfolgt eine Umstellung des Grundbeitrages (z.B. vom Kinder- auf Erwachsenenbeitrag) oder eine allgemeine Beitragsanpassung, so ändert sich auch der AWV-Beitrag entsprechend. Gleichzeitig ist der Versicherer zur Änderung des AWV-Beitragsprozentsatzes mit Wirkung auch für bestehende Anwartschaftsversicherungen berechtigt.

4 Beendigung der AWV

4.1 Die AWV erlischt:

a) sofern diese für eine bestimmte Dauer abgeschlossen wurde, zum vereinbarten Zeitpunkt.

b) sofern der Vereinbarung eine unbestimmte Dauer zugrunde liegt, mit dem Wegfall der Voraussetzungen gemäß 1.1 Bedingung hierfür ist jedoch die Anzeige in Textform sowie ein Nachweis über den Wegfall der Voraussetzungen binnen zwei Monaten. Kommt der Versicherungsnehmer dem nicht fristgerecht nach, so ist der Versicherer, abweichend von 4.3 - 4.5, berechtigt, die Inkraftsetzung des Versicherungsschutzes von einer erneuten Gesundheitsprüfung bzw. der Einhaltung von Wartezeiten abhängig zu machen.

4.2 Der Vertrag lebt nach Beendigung der AWV mit den alten Rechten und Pflichten wieder auf. Es ist der dann geltende Grundbeitrag zuzüglich gegebenenfalls vereinbarter Risikozuschläge bzw. Zuschläge für Auslandsaufenthalt zu entrichten.

4.3 Bei Inkraftsetzung des Versicherungsschutzes sind keine neuen Wartezeiten abzuleisten.

4.4 Es wird keine neue Gesundheitsprüfung durchgeführt. Damit ergeben sich für die während der AWV aufgetretenen Krankheiten und Unfallfolgen weder Leistungsausschlüsse noch Risikozuschläge.

4.5 Auch hinsichtlich bereits eingetretener Versicherungsfälle werden für Behandlungszeiten nach Ablauf der AWV die vollen tariflichen Leistungen gezahlt.

5 Allgemeine Bestimmungen

5.1 Für Kalenderjahre, in denen eine AWV bestand, ist für die von der AWV betroffene versicherte Person im von der AWV betroffenen Tarif der Anspruch auf Beitragsrückerstattung ausgeschlossen.

5.2 Macht der Versicherungsnehmer von einem in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelten Kündigungsrecht Gebrauch, erlöschen alle erworbenen Rechte; Beiträge werden nicht zurückgezahlt.

KVB-093 01.24

Besondere Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (KANW-PPV)

Nur gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen
für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2024 und Tarif PV)

1. Allgemeines

Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Ver-sicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2024 und Tarif PV), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

2. Voraussetzungen

2.1 Die Anwartschaftsversicherung kann, vom Versicherungsbeginn 1. Januar 1995 abgesehen, nur in unmittelbarem Anschluss an die Beendigung der privaten Pflegepflichtversicherung in den in Nr. 2.2 genannten Fällen abgeschlossen werden. Sie wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

2.2 Versicherungsberechtigt sind Personen, die vorübergehend in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig oder im Rahmen der Familienversicherung versichert sind.

2.3 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich Mitteilung zu machen, wenn die Voraussetzungen nach 2.2 nicht mehr vorliegen.

3. Beiträge

3.1 Für jede versicherte Person ist ein Monatsbeitrag zu zahlen, der sich aus dem Versicherungsschein bzw. dessen Nachträgen ergibt.

Besonders vereinbarte Beitragszuschläge zu der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung werden während der Dauer der Anwartschaft nicht erhoben.

3.2 Bei einer Änderung der Beiträge der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 8 b MB/PPV 2024 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung mit Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt.

3.3 Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung oder in der Anwartschaftsversicherung versicherten Person, die wegen Einbeziehung in die Familienversicherung gemäß § 25 SGB XI aus der privaten Pflegepflichtversicherung ausscheiden, sind für die Dauer dieser Familienversicherung beitragsfrei in der Anwartschaft der versicherten Person mitversichert.

3.4 Bei Wiederaufleben der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeträge aus der Vorversicherungszeit vor der Anwartschaftsversicherung und zuzüglich der vor Beginn der Anwartschaft eventuell vereinbarten Beitragszuschläge. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrages gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV 2024 bzw. Nr. 3 b) der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI“, nach den „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG“ oder den „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI“, so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.

4. Leistungen

Für die Dauer der Anwartschaftsversicherung besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

5. Ansprüche aus der Anwartschaftsversicherung

5.1 Durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, bei Wegfall der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung oder bei Beendigung der Familienversicherung die private Pflegepflichtversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung in Kraft zu setzen.

5.2 Die Zeit der Anwartschaftsversicherung wird auf den Lauf von Wartezeiten und Fristen angerechnet.

5.3 Bei Umwandlung einer privaten Pflegepflichtversicherung, auf die die Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 SGB XI Anwendung finden, in eine Anwartschaft sowie bei Beginn der Anwartschaftsversicherung am 1. Januar 1995 kommen bei Inkraftsetzen oder Wiederaufleben der privaten Pflegepflichtversicherung diese Zusatzvereinbarungen zur Anwendung.

6. Ende der Anwartschaftsversicherung

6.1 Kündigung

6.1.1 Der Versicherungsnehmer kann die Anwartschaftsversicherung mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Kalenderjahres kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

6.1.2 Der Versicherer verzichtet in der Anwartschaftsversicherung auf das ordentliche Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

6.2 Sonstige Beendigungsgründe

6.2.1 Mit Beginn oder Wiederaufleben der Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung tritt diese an die Stelle der Anwartschaftsversicherung. Ab diesem Zeitpunkt sind die Beiträge gemäß Nr. 3.4 zu entrichten.

6.2.2 Die Anwartschaftsversicherung endet bei Beendigung der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung. Sofern in diesem Fall keine Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung eintritt, kann die private Pflegepflichtversicherung freiwillig mit den Beiträgen nach Nr. 3.4 fortgesetzt werden.

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

Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit die Anwartschaftsversicherung.

7. Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung

Für eine Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung gilt § 18 MB/PPV 2024 entsprechend.

KVB-094 01.24

Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (GANW-PPV)

Nur gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen
für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2024 und Tarif PV)

1. Allgemeines

Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Ver-sicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2024 und Tarif PV), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

2. Voraussetzungen

2.1 Versicherungsberechtigt sind Personen, die vorübergehend nicht in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherungspflichtig sind.

2.2 Die große Anwartschaftsversicherung kann nur in unmittelbarem Anschluss an die Beendigung der privaten Pflegepflichtversicherung in dem in Nr. 2.1 genannten Fall abgeschlossen werden. Sie wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Die große Anwartschaftsversicherung ist abgeschlossen, wenn der Versicherer schriftlich die Annahme des Antrages erklärt hat.

2.3 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich Mitteilung zu machen, sobald Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung eintritt.

3. Beiträge

3.1 Der Beitrag für die große Anwartschaftsversicherung ist ein Monatsbeitrag. Er ist abhängig vom Alter zu Beginn der großen Anwartschaft. Vereinbarte Beitragszuschläge zu der der großen Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung werden während der Dauer der großen Anwartschaft nicht erhoben. Erworbene Rechte aus der der großen Anwartschaft zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung werden beitragsmindernd angerechnet.

3.2 Bei einer Änderung der Beiträge der der großen Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 8 b MB/PPV 2024 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung mit Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt

3.3 Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung oder in der großen Anwartschaftsversicherung versicherten Person, die wegen Einbeziehung in die Familienversicherung gemäß § 25 SGB XI aus der privaten Pflegepflichtversicherung ausscheiden, sind für die Dauer dieser Familienversicherung beitragsfrei in der großen Anwartschaft der versicherten Person mitversichert.

3.4 Bei Wiederaufleben der der großen Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung richtet sich der Beitrag der versicherten Person nach dem ursprünglichen Eintrittsalter unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Beitragsänderungen zuzüglich der vor Beginn der großen Anwartschaft eventuell vereinbarten Beitragszuschläge. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrages gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV 2024 bzw. Nr. 3b) der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI“, nach den „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG“ oder den „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI“, so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.

3.5 Endet die große Anwartschaftsversicherung, ohne dass vom Aufleben des Versicherungsschutzes Gebrauch gemacht wird, erlöschen alle erworbenen Rechte; eine Rückzahlung der Beiträge ist ausgeschlossen.

4. Leistungen

Für die Dauer der großen Anwartschaftsversicherung besteht – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

5. Ansprüche aus der großen Anwartschaftsversicherung

5.1 Durch den Abschluss einer großen Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, beim Wiedereintreten der Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung diese ohne erneute Gesundheitsprüfung in Kraft zu setzen.

5.2 Die Zeit der großen Anwartschaftsversicherung wird auf den Lauf von Wartezeiten und Fristen angerechnet.

5.3 Bei Umwandlung einer privaten Pflegepflichtversicherung, auf die die Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 SGB XI Anwendung finden, in eine große Anwartschaft kommen bei Inkraftsetzen oder Wiederaufleben der privaten Pflegepflichtversicherung diese Zusatzvereinbarungen zur Anwendung.

6. Ende der großen Anwartschaftsversicherung

6.1 Kündigung

6.1.1 Der Versicherungsnehmer kann die große Anwartschaftsversicherung mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Kalenderjahres kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

6.1.2 Der Versicherer verzichtet in der großen Anwartschaftsversicherung auf das ordentliche Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

6.2 Sonstige Beendigungsgründe

6.2.1 Mit Wiedereintritt der Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung tritt diese an die Stelle der großen Anwartschaftsversicherung. Ab diesem Zeitpunkt sind die Beiträge gemäß Nr. 3.4 zu entrichten.

6.2.2 Die große Anwartschaftsversicherung endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben. Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit die Anwartschaftsversicherung.

7. Änderung der Besonderen Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung

Für eine Änderung der Besonderen Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung gilt § 18 MB/PPV 2024 entsprechend.

KVB-081 05.23

Besondere Bedingungen für Ausbildungszeiten (BB AE)

(für Tarife mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Für diese Besonderen Bedingungen für Ausbildungszeiten (BB AE) gelten die dem Vertrag zugrundeliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), soweit nachstehend nichts anderes bestimmt wird.

1 Versicherungsfähigkeit

1.1 Die BB AE können unter Berücksichtigung der Altersgrenzen gemäß Abschnitt 1.2 für die nachstehend aufgeführten Personen vereinbart werden:

a) nach Abschnitt 3.2 für Personen, die sich in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf befinden (Anwärter, Referendare und Vikare) und weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen erhalten;

b) nach Abschnitt 3.1 oder 3.2 für Schüler/innen und Studenten/innen;

c) nach Abschnitt 3.3 für Personen nach 1.1 a, wenn die Beihilfevorschriften des Bundes bzw. gleichartige Beihilfevorschriften der Länder für sie eine Wartezeit bei zahnärztlichen Maßnahmen vorsehen;

d) für nicht berufstätige Ehegatten oder Lebenspartner gem. § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder, der in den Abschnitten 1.1 a - d aufgeführten Personen (Bezugspersonen) nach den für die Bezugsperson zulässigen Abschnitten.

1.2 a) Personen mit Versicherungsschutz nach Abschnitt 3.1 sind ab einem Eintrittsalter von 6 Jahren versicherungsfähig, solange sie das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

b) Personen mit Versicherungsschutz nach Abschnitt 3.2 und 3.3 sind versicherungsfähig, wenn sie das 16., aber noch nicht das 34. Lebensjahr vollendet haben.

1.3 Der Versicherer ist berechtigt, für die Voraussetzungen zu Abschnitt 1.1 einen Nachweis zu verlangen.

2 Wartezeiten

Die allgemeinen Wartezeiten gemäß § 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, entfallen. Darüber hinaus entfallen auch die besonderen Wartezeiten für die versicherten Personen des Abschnittes 1.1 a sowie für deren nicht berufstätige Ehegatten oder Lebenspartner gem. § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder.

3 Tarife, Tarifstufen, Tarifkombinationen, Beitragsänderungen

3.1 Tarifkombinationen S1* – S4*:

3.1.1 Tarifkombination S1*:

zugrundeliegende Tarifstufen: uni-A 155, uni-ZA 100 und uni-ST 2/100

3.1.2 Tarifkombination S2*:

zugrundeliegende Tarifstufen: uni-A 155, uni-ZA 80 und uni-ST 2/100

3.1.3 Tarifkombination S3*:

zugrundeliegende Tarifstufen: uni-A 80, uni-ZA 100 und uni-ST 2/100

3.1.4 Tarifkombination S4*:

zugrundeliegende Tarifstufen: uni-A 80, uni-ZA 80 und uni-ST 2/100

3.2 Tarife uni-A, uni-ZA, uni-ST

3.2.1 Tarifstufen* uni-A 50, uni-A 45, uni-A 40, uni-A 35, uni-A 30, uni-A 25, uni-A 20, uni-A 15, uni-A 10

3.2.2 Tarifstufen* uni-ZA 50, uni-ZA 45, uni-ZA 40, uni-ZA 35, uni-ZA 30, uni-ZA 25, uni-ZA 20, uni-ZA 15, uni-ZA 10

3.2.3 Tarifstufen* uni-ST 2/50, uni-ST 2/45, uni-ST 2/40, uni-ST 2/35, uni-ST 2/30, uni-ST 2/25, uni-ST 2/20, uni-ST 2/15, uni-ST 2/10, uni-ST 3/50, uni-ST 3/45, uni-ST 3/40, uni-ST 3/35, uni-ST 3/30, uni-ST 3/25, uni-ST 3/20, uni-ST 3/15, uni-ST 3/10

3.3 Tarif uni-BZ

3.3.1 Tarifstufen* uni-BZ 50, uni-BZ 45, uniBZ 40, uni-BZ 35, uni-BZ 30, uni-BZ 25, uni-BZ 20, uni-BZ 15, uni-BZ 10

3.4 Beitragsänderungen

3.4.1 Innerhalb von 36 Monaten findet während des Bestehens der BB AE keine Beitragserhöhung wegen Älterwerdens statt. Nach diesem Zeitraum wird für die versicherte Person vom Beginn des Folgemonats an der für Neuzugänge gültige Beitrag des zu diesem Zeitpunkt erreichten Alters gezahlt. § 8 b Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und II, bleibt unberührt.

3.4.2 Das außerordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers ist in § 13 (4) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, geregelt.

4 Leistungen des Tarifes uni-BZ BB AE

4.1 Für die Leistungen des Versicherers gelten die Bestimmungen des Beihilfeergänzungstarifes uni-BZ, soweit nachstehend nichts anderes bestimmt wird.

4.2 Zusätzliche Versicherungsleistungen bei Zahnersatz

Erstattungsfähig sind auch, sofern im Rahmen der jeweils gültigen Beihilfevorschriften aufgrund von Wartezeiten kein Leistungsanspruch gegenüber der Beihilfe besteht, die Aufwendungen für zahnärztliche Maßnahmen bei Zahnersatz, wenn und soweit die erbrachten Leistungen nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnet sind und den Regelhöchstsatz nicht überschreiten (Regelhöchstsatz ist der 2,3fache Satz der GOZ). Zu Zahnersatz gehören prothetische Leistungen, Kronen, Implantate, Aufbissbehelfe und Schienen.

5 Beendigung der BB AE

5.1 Die BB AE entfallen mit Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person das 34. Lebensjahr vollendet.

5.2 Die BB AE entfallen auch:

a) bei den nach den Abschnitten 1.1 a - c Versicherten mit dem Ende der Ausbildung, des Schulbesuches bzw. der Studienzeit (Exmatrikulation),

b) bei den nach Abschnitt 1.1 d versicherten Personen, sobald die BB AE für die Bezugsperson entfallen oder eine eigene Berufstätigkeit aufgenommen wird.

5.3 Die BB AE nach Abschnitt 3.3 entfallen auch, wenn die in den Beihilfevorschriften vorgesehene Wartezeit bei zahnärztlichen Maßnahmen erfüllt ist.

5.4 Bei einer Unterbrechung der Ausbildung, des Schulbesuches bzw. des Studiums von mehr als sechs Monaten entfallen die BB AE ebenfalls.

5.5 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Wegfall der Voraussetzungen gemäß Abschnitt 5.2 und 5.3 bzw. eine mehr als sechsmonatige Unterbrechung gemäß Abschnitt 5.4 dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen.

5.6 Für versicherte Personen nach den Abschnitten 1.1 a - c und deren nicht berufstätige Ehegatten oder Lebenspartner gem. § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder können die BB AE auf Antrag des Versicherungsnehmers

* Die vollständige Tarifbezeichnung setzt sich aus der Tarifstufe und dem Zusatz BB AE zusammen.

a) bei Arbeitslosigkeit um bis zu 18 Monate,

b) für die Dauer einer Ausbildungsunterbrechung wegen Betreuung / Erziehung eines eigenen Kindes, längstens jedoch für die ersten 24 Lebensmonate des Kindes,

verlängert werden.

Für diese Zeit können für die unter Abschnitt 1.1 a aufgeführten Personen und deren nicht berufstätige Ehegatten oder Lebenspartner gem. § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder die BB AE nach Abschnitt 3.1 vereinbart werden. Wartezeiten und neue Gesundheitsprüfung entfallen gemäß § 2 (4) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II.
Eine Verlängerung der BB AE über den in Abschnitt 5.1 genannten Zeitpunkt hinaus ist nicht möglich.

5.7 Nach Wegfall der BB AE gemäß den Abschnitten 5.1 - 5.4 bzw. nach Ablauf der Verlängerungszeit gemäß Abschnitt 5.6 wird der Vertrag bzw. Tarif vom Ersten des Folgemonats an in den gewählten Tarifstufen ohne die BB AE fortgesetzt.

Außer für die unter Abschnitt 5.1 aufgeführten Personen gilt:

Falls diese Fortsetzung nicht rückwirkend wirksam werden soll, wird die Umstellung um bis zu sechs Monate aufgeschoben. Für die Aufschubzeiten gelten die Bedingungen des Tarifes BB AE weiter.

5.8 Der Beitrag richtet sich dann nach den gewählten Tarifstufen und dem dann erreichten tariflichen Eintrittsalter gemäß § 8 a (1.1) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II. Von diesem Zeitpunkt an ist der erhöhte Beitrag zu entrichten. Das außerordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers ist in § 13 (4) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, geregelt.

5.8.1 Bei Beendigung der BB AE nach Abschnitt 3.3 und Fortführung des Versicherungsverhältnisses im Tarif uni-BZ wird die zurückgelegte Versicherungsdauer im Tarif uni-BZ BB AE auf die Jahreshöchstsätze für Versicherungsleistungen bei Zahnersatz im Tarif uni-BZ angerechnet.

KVB-084 05.23

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreisekrankenversicherung nach Tarif uni-RD (AVB/uni-RD)

Tarif uni-RD

Auslandsreisekrankenversicherung

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes sowie Versicherungsfähigkeit

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten bis zu zwei Monaten ab Beginn einer Reise für akut eingetretene Krankheiten und Unfälle. Für chronische Erkrankungen und für bei Beginn des Auslandsaufenthaltes behandlungsbedürftige oder in Heilbehandlung stehende Krankheiten besteht Versicherungsschutz insoweit, als im Ausland akut und unvorhersehbar eine erhebliche Verschlimmerung eintritt.

(2) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Tarif uni-RD mit Anhang) sowie den deutschen gesetzlichen Vorschriften. Der Versicherungsvertrag unterliegt deutschem Recht.

(3) Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen, bei denen jeder einzelne Auslandsaufenthalt eine ununterbrochene Verweildauer von zwei Monaten nicht übersteigt. Bei längerem Auslandsaufenthalt besteht Versicherungsschutz für die ersten zwei Monate.

(4) Der Versicherungsschutz gilt weltweit, denn als Ausland gelten alle Staaten mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland.

(5) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Als Versicherungsfall gilt auch die medizinisch notwendige Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Frühgeburt vor Beendigung der 36. Schwangerschaftswoche, Fehlgeburt und notfallbedingtem Schwangerschaftsabbruch. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.

(6) Als Versicherungsfall gilt auch die Bestattung im Ausland bzw. die Überführung eines verstorbenen Versicherten.

(7) Versicherungsfähig sind alle Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 Abschluss des Versicherungsvertrages

(1) Der Versicherungsvertrag muss vor Antritt der Reise abgeschlossen werden.

(2) Wenn der Abschluss des Versicherungsvertrages auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Antragsformular beantragt wird und die Angaben vollständig und bezüglich des Beitrages richtig sind, gilt der Versicherungsvertrag mit dem Tag des Antragseingangs beim Versicherer als zustande gekommen.

In allen anderen Fällen kommt der Versicherungsvertrag mit der Annahme des Antrages bzw. der Aushändigung des Versicherungsscheines zustande.

(3) Der Versicherungsvertrag gilt ab Versicherungsbeginn für eine Mindestvertragsdauer von

a) einem Versicherungsjahr, sofern als Versicherungsbeginn der 01.01. eines Kalenderjahres vereinbart ist. Ein Versicherungsjahr entspricht einem Kalenderjahr.

b) zwei Versicherungsjahren bei unterjährigem Versicherungsbeginn. Das erste Versicherungsjahr endet zum 31.12. des Kalenderjahres, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt. Darüber hinaus entspricht ein Versicherungsjahr einem Kalenderjahr.

Diese Bestimmung hat keinen Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres von beim Versicherer bereits bestehenden oder später abgeschlossenen anderweitigen Krankenversicherungsverträgen.

(4) Nach Ablauf der Mindestvertragsdauer lt. Abs. 3 verlängert sich der Versicherungsvertrag stillschweigend weiter von Versicherungsjahr zu Versicherungsjahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer fristgemäß in Textform gekündigt wird; vgl. § 13 Abs. 1.

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, nicht vor Zahlung des ersten Beitrages und nicht vor Antritt der Reise.

(2) Die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes gelten entsprechend bei der nachträglichen Mitversicherung von Personen.

(3) Für vor Vertragsabschluss bzw. vor Zahlung des ersten Beitrages eingetretene Versicherungsfälle wird nicht geleistet.

(4) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und 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.

(5) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Der Versicherer erstattet die im Ausland entstandenen Aufwendungen für

a) Heilbehandlung durch Ärzte und Fachärzte einschließlich Operationen, Assistenz und Narkose;

b) Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;

c) Arznei- und Verbandmittel, die ärztlich oder zahnärztlich verordnet sind;

d) elektrische und physikalische Heilbehandlung;

e) Unterbringung und Verpflegung, ärztliche Heilbehandlung, Visiten, Sonderleistungen und dergleichen in öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen;

f) die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus bei notwendiger stationärer Behandlung eines mitversicherten minderjährigen Kindes;

g) Wegegeld des Arztes für den Weg, den der nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Arzt zurücklegen müsste;

h) Transporte zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus bzw. Arzt und zurück;

i) chirurgische und konservierende Zahnbehandlung einschließlich Vor- und Nachbehandlung;

j) akut notwendig werdende Instandsetzung von Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit sowie Provisorien. Zu Zahnersatz gehören (einschließlich erforderlicher Material- und Laborkosten) prothetische Leistungen, Kronen, Implantate, Aufbissbehelfe und Schienen;

k) ärztlich verordnete Hilfsmittel (mit Ausnahme von Sehhilfen und Hör-

geräten), soweit diese auf der versicherten Reise erstmals erforderlich werden;

l) Instandsetzung von Hilfsmitteln.

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

(2) Unter Anrechnung der Aufwendungen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, werden erstattet:

a) Kosten für einen Krankenrücktransport einschließlich der Aufwendungen für eine Begleitperson.

Erstattungsfähig sind dabei die Kosten für einen medizinisch sinnvollen und wirtschaftlich vertretbaren Rücktransport an den unmittelbar vor Antritt der Reise bestehenden ständigen Wohnsitz der versicherten Person oder zu dem von dort aus nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus.

Die Kosten für die Begleitperson werden nur erstattet, wenn sich diese Person bei Eintritt der Umstände, die den Krankenrücktransport erforderlich machen, ebenfalls vorübergehend im Reiseland der versicherten Person aufhält und während ihrer Reise selbst bei der uniVersa reisekrankenversichert ist.

Ein Krankenrücktransport im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn er mit einem dafür geeigneten Spezialfahrzeug oder Spezialflugzeug (einschließlich Rettungshubschrauber) durchgeführt wird. Wird ein anderes Transportmittel gewählt, werden die Leistungen nur erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Rückreise schriftlich zugesagt hat.

b) Kosten der Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland;

c) Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.

Die Kostenerstattung gemäß § 4 Abs. 2 b) und § 4 Abs. 2 c) ist auf 10.300 EUR begrenzt. Alle übrigen Kosten werden mit 100 % ohne Begrenzung erstattet.

(3) Neben der Krankenhauskostenerstattung gemäß § 4 Abs. 1 e) wird ein Krankenhaustagegeld von 25 EUR gezahlt, wenn eine gesetzliche Krankenkasse oder ein anderer Kostenträger mit mindestens 25 EUR täglich vorleistet.

(4) Bei Verzicht auf Krankenhauskostenerstattung gemäß § 4 Abs. 1 e) wird ein Krankenhaustagegeld von 50 EUR gezahlt.

§ 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 aktive Teilnahme an Kriegsereignissen oder an Unruhen verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind;

b) für Heilbehandlungen, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren und für Heilbehandlungen, von denen bei Reiseantritt aufgrund einer bereits ärztlich diagnostizierten Erkrankung feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden müssen, es sei denn, dass die Reise ausschließlich wegen des Todes des in häuslicher Gemeinschaft lebenden Ehegatten oder Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades der versicherten Person unternommen wurde;

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

d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen;

e) für Kosten einer Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort, soweit nicht durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

f) für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;

g) für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung sowie Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen (außer in den Fällen von § 1 Abs. 5);

h) für Behandlung einer Sterilität einschließlich einer extrakorporalen Befruchtung;

i) für Neuanfertigung und Erneuerung von Zahnersatz. Für die Definition des Begriffes Zahnersatz gilt § 4 Abs. 1 j) Satz 2;

j) für kieferorthopädische Behandlung;

k) für Neuanfertigung und Erneuerung von Einlagefüllungen (Gussfüllungen, Inlays);

l) für Aufwendungen, die für eine andere Person anlässlich eines Krankenrücktransportes nach § 4 Abs. 2 a) entstehen, es sei denn, es handelt sich um die Begleitperson gemäß § 4 Abs. 2 a).

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung 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 Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Entsprechendes gilt bei Flugzeugunfällen für Ansprüche auf Leistungen gegen die Fluggesellschaft (Luftfrachtführer).

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Wird ein Versicherungsfall zuerst dem Versicherer gemeldet, tritt dieser im tariflichen Umfang in Vorleistung.

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

(3) Zur Begründung des Anspruches müssen die Originalbelege eingereicht werden. Die Belege müssen den Namen der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung und die Angabe der einzelnen Leistungen des Arztes mit Behandlungsdatum enthalten. Aus den Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und ein Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften.

(4) Die Berechtigung des Anspruches auf Erstattung von Überführungskosten bzw. Bestattungskosten im Ausland ist durch Vorlage einer amtlichen Sterbeurkunde und einer ärztlichen Bescheinigung über die Todesursache nachzuweisen. Ferner ist der Nachweis über die Höhe der Kosten zu erbringen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen gemäß § 4 Abs. 2 geltend gemacht werden.

(5) Der Versicherer kann eine beglaubigte Übersetzung der Belege in deutscher Sprache verlangen. Die Kosten dafür übernimmt der Versicherer.

(6) Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (s. Anhang).

(7) 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. Sind begründete Zweifel an der Empfangsberechtigung bekannt, wird der Versicherer Leistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen.

(8) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen 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. Der versicherten Person bleibt in jedem Fall vorbehalten, durch Bankbeleg nachzuweisen, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.

(9) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen können von den Leistungen abgezogen werden. Wenn dem Versicherer ein inländisches Konto zur Überweisung von Leistungen angegeben wird, werden keine Kosten für die Überweisung abgezogen.

(10) 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

(1) Der Versicherungsschutz endet auch für schwebende Versicherungsfälle mit dem Ablauf des Versicherungsverhältnisses und vor Ablauf mit Beendigung der jeweiligen Auslandsreise (Rückkehr an den ständigen Wohnsitz) bzw. des Krankenrücktransportes gemäß § 4 Abs. 2 a).

(2) Der Versicherungsschutz endet auch, wenn sich der Versicherte länger als zwei Monate im Ausland aufhält mit dem Ende des zweiten Aufenthaltsmonats. Endet der Versicherungsschutz während einer Heilbehandlung im Ausland für einen entschädigungspflichtigen Versicherungsfall, so besteht weiter Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten. Besteht gleichzeitig eine uniVersa Krankenversicherung nach einem anderen Tarif, kann er 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.

(2) Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(3) Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 3 Abs. 4 bzw. adoptierten Kindern gemäß § 3 Abs. 5 ist der Beitrag von dem auf die Geburt bzw. Adoption folgenden Monat an zu entrichten.

(4) Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Jahresbeitrag bzw. die erste monatliche Beitragsrate am Tage des Versicherungsbeginns fällig, auch wenn der Versicherungsschein vorher ausgehändigt wird.

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

(6) Die Höhe des Beitrages ist abhängig von der Zugehörigkeit der versicherten Person zu einer der folgenden Personengruppen:

a) Personen vor dem vollendeten 60. Lebensjahr

b) Personen ab dem vollendeten 60. Lebensjahr

Der Beitrag für Personengruppe a) gilt bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet. Der Tarifbeitrag wird vom Versicherer dann zum Ende des betreffenden Monats geändert.

(7) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (s. Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

§ 8 a 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 eine Abweichung von mehr als 5 vom Hundert, so werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(2) (entfallen)

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

§ 9 Obliegenheiten

(1) Sämtliche Belege sollen spätestens bis zum Ablauf des dritten Monats nach dem Ende der jeweiligen Auslandsreise eingereicht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.

(3) Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherten Personen haben auf Verlangen des Versicherers die Ärzte, Krankenanstalten, andere Kranken- und Unfallversicherer gegenüber dem Versicherer von der Schweigepflicht zu entbinden und zur Auskunftserteilung zu ermächtigen.

(4) Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen dem Versicherer nachzuweisen.

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 2 und 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Solange die in § 9 Abs. 3 und 4 verlangten Voraussetzungen nicht erfüllt sind, ruht die Leistungspflicht des Versicherers.

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

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

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

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

§ 12 Aufrechnung

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

§ 13 Ende der Versicherung

(1) Der Versicherungsnehmer und der Versicherer können den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens jedoch zum Ablauf der in § 2 Abs. 3 genannten Mindestvertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

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

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

(4) Liegt ein Scheidungsurteil oder ein Aufhebungsurteil vor, dann haben die Ehegatten oder Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner getrennt leben.

(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel nach § 8a, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Beitragserhöhung wirksam werden soll.

(6) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis bei einer Beitragsänderung gemäß § 8 Abs. 6 hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen.

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

(8) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, ihre Versicherungsverhältnisse unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

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

(10) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als in einen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, es sei denn, dass eine andere Vereinbarung getroffen wird.

§ 14 Willenserklärungen und Anzeigen

(1) Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 15 Gerichtsstand

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

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

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

§ 16 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen 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.

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Basistarif

Informationen für Versicherte im Basistarif der Privaten Krankenversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Tarif uni-BT

Besondere Bedingungen für die befristete Leistungsstufe 20% (R-Stufe) im Basistarif Tarifstufe uni-BTB/BTB

Besondere Bedingungen für Ausbildungszeiten (BBA) im Basistarif Tarifstufe uni-BTN/BTN

Besondere Bedingungen für Ausbildungszeiten (BBA) im Basistarif Tarifstufe uni-BTB/BTB

Heilmittelverzeichnis

Besondere Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung im Basistarif

KVB-821 01.19

Informationen für Versicherte im Basistarif der Privaten Krankenversicherung

Was Sie im Krankheitsfall wissen und beachten sollten:

- **Was ist versichert?**
  Der Umfang der Leistungen ist mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar. Die Leistungen werden mit Ihnen abgerechnet und Sie reichen uns die Rechnungen zur Erstattung ein.

  Sollten Sie die Rechnungen bereits bezahlt haben, fügen Sie bitte einen Nachweis bei, damit wir den Erstattungsbetrag an Sie auszahlen können. Bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages werden tariflich vorgesehene Zuzahlungen und Selbstbehalte abgezogen.

- **Wo dürfen Sie sich behandeln lassen?**
  Sie dürfen nur Ärzte, Krankenhäuser, Therapeuten etc. in Anspruch nehmen, die für die Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassen sind.

- **Wozu dient der Behandlungsausweis?**
  Bitte legen Sie vor jeder Behandlung den Behandlungsausweis zusammen mit Ihrem amtlichen Lichtbildausweis bei Ihrem Arzt/Therapeuten vor damit dieser weiß, wie er Sie zu Lasten des Basistarifs behandeln muss und diese Leistungen korrekt abrechnet. Wird dieser Behandlungsausweis weder vor noch nach Behandlungsbeginn vorgelegt, ist der Arzt berechtigt, sein Honorar abweichend von den Bestimmungen des Basistarifs zu berechnen und eine entsprechende Vergütung von Ihnen zu fordern, die Ihr Versicherer Ihnen nicht erstattet.

- **Was ist bei Arzneien und Verbandmitteln zu beachten?**
  Erstattungsfähig sind grundsätzlich nur Aufwendungen für eines der drei preisgünstigsten verschreibungspflichtigen Arzneimittel.

- **Was ist bei Heil- und Hilfsmitteln zu beachten?**
  Erstattungsfähig sind grundsätzlich nur Heilmittel, die im Heilmittelverzeichnis des Basistarifs aufgeführt sind. Hilfsmittel werden nach dem Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet.

- **Was ist bei Zahnersatz, Kronen, Kieferorthopädie, Parodontalbehandlungen zu beachten?**
  Leistungen werden nur erbracht, wenn die versicherte Person dem Versicherer vor Behandlungsbeginn einen Therapie- und Kostenplan vorgelegt hat und eine schriftliche Auskunft über die zu erwartende Leistung erhalten hat.

- **Wann ist darüber hinaus noch eine Leistungszusage des Versicherers vor Behandlungsbeginn erforderlich?**
  - Ambulante und stationäre Psychotherapie
  - Soziotherapie
  - Häusliche Krankenpflege
  - Hilfsmittel mit einem Rechnungsbetrag über 100 €
  - Medizinische Vorsorgeleistungen (ambulant und stationär)
  - Ambulante Rehabilitation und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation
  - Stationäre Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation
  - Fahrten zur Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus oder zur ambulanten Behandlung
  - Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft
  - Notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson im Krankenhaus
  - Stationäre medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter

- **Besteht Versicherungsschutz im Ausland?**
  Versichert sind Heilbehandlungen in der Bundesrepublik Deutschland. Unter bestimmten Voraussetzungen können auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie in der Schweiz in Anspruch genommen werden.

Bitte beachten Sie: Dieses Informationsblatt stellt eine kurze Übersicht ausgewählter Leistungsbereiche des Basistarifs dar. Es ersetzt nicht die Lektüre der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den Basistarif

Teil I Musterbedingungen 2009 für den Basistarif (MB/BT 2009)
Nur Gültig in Verbindung mit Teil II Tarif uni-BT / Tarif BT

Präambel

Der Basistarif wird von den Unternehmen der privaten Krankenversicherung aufgrund gesetzlicher Verpflichtung und in einheitlicher Form angeboten und folgt den nachstehend aufgeführten, ebenfalls durch Gesetz vorgegebenen Rahmenbedingungen:

Aufnahme- und versicherungsfähig im Basistarif sind ausschließlich die in Abschnitt A. Absätze 2 und 3 genannten Personen. Krankenversicherungsunternehmen unterliegen unter bestimmten gesetzlichen Voraussetzungen einem Annahmezwang. Eine Risikoprüfung wird durchgeführt, auch wenn für die Dauer der Versicherung im Basistarif keine Risikozuschläge erhoben werden.

Die Vertragsleistungen des Basistarifs sind in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar.

Der Beitrag für den Basistarif darf den Höchstbeitrag der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen. Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe tritt an die Stelle des Höchstbeitrags der Gesetzlichen Krankenversicherung ein Höchstbeitrag, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs für ambulante Heilbehandlung entspricht.

A. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

(1) Der Basistarif wird als

- **Tarifstufe uni-BTN bzw. BTN** ohne Selbstbehalt sowie mit Selbstbehalten von 300, 600, 900 oder 1.200 Euro sowie als

- **Tarifstufe uni-BTB bzw. BTB** ohne Selbstbehalt sowie mit Selbstbehalten in Höhe des durch den Beihilfesatz für ambulante Heilbehandlung nicht gedeckten Prozentsatzes von 300, 600, 900 oder 1.200 Euro

angeboten.

(2) Aufnahme- und versicherungsfähig in **Tarifstufe uni-BTN bzw. BTN** sind Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht beihilfeberechtigt sind und auch keine vergleichbaren Ansprüche haben, wenn sie:

a) freiwillig in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und den Abschluss des Versicherungsvertrages im Basistarif innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) vorgesehenen erstmaligen Wechselmöglichkeit im Rahmen ihres freiwilligen Versicherungsverhältnisses zum nächstmöglichen Termin beantragen;

b) nicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind und nicht zum Personenkreis nach a) gehören, keinen Anspruch nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben, keinen Anspruch auf laufende Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) haben und noch keine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben, die der Pflicht zur Versicherung genügt. Bei Empfängern von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGB XII gilt der Leistungsbezug bei Zeiten einer Unterbrechung von weniger als einem Monat als fortbestehend, wenn er vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat;

c) eine private Krankheitskostenvollversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und der Vertrag erstmals nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wurde;

d) eine private Krankheitskostenvollversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und dieser Vertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde, wenn die zu versichernde 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 Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) oder dem SGB XII ist;

e) in der Zeit vom 1. Juli 2007 bis 31. Dezember 2008 als Personen ohne Versicherungsschutz in den modifizierten Standardtarif aufgenommen worden sind;

f) im Standardtarif nach § 257 Abs. 2a SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang) versichert sind;

Die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit der Personenkreise nach den Buchstaben d) bis f) beschränkt sich auf den Basistarif des Versicherungsunternehmens, bei dem das bisherige Versicherungsverhältnis bestand:

(3) Aufnahme- und versicherungsfähig in **Tarifstufe uni-BTB bzw. BTB** sind Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben sowie ihre bei der Beihilfe berücksichtigungsfähigen Angehörigen, wenn sie zu den in Absatz 2 genannten Personenkreisen gehören und ergänzenden beihilfekonformen Versicherungsschutz zur Erfüllung der Pflicht zur Versicherung benötigen.

B. Allgemeine Versicherungsbedingungen 2009 für den Basistarif (AVB/BT 2009) §§ 1-18

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Im Basistarif bietet der Versicherer Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen. Der Versicherer ist berechtigt, anstelle des Aufwendungsersatzes auch die unmittelbare Abrechnung der medizinischen Versorgung mit dem jeweiligen Leistungserbringer vorzusehen.

Die Erstattungspflicht des Versicherers beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen.

(2) Der Versicherer bietet ferner 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.

(3) Versicherungsfall für die Leistungen nach Absatz 1 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, ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisverhütung einschließlich Untersuchung und Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln, eine durch Krankheit erforderliche Sterilisation und ein nicht rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch durch einen Arzt sowie medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft bei einer verheirateten versicherten Person,

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

c) medizinische Vorsorgeleistungen,

d) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie Vorsorgeleistungen im Zusammenhang mit Behinderung oder Pflegebedürftigkeit,

e) stationäre Versorgung in einem Hospiz.

(4) Versicherungsfall für die Leistungen nach Absatz 2 ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt bei Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mit deren Beginn, im Übrigen mit dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit. Er endet, wenn nach medizinischem Befund Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr bestehen, spätestens mit Ablauf der im Tarif genannten Höchstdauer. 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.

(5) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/BT 2009, Tarif uni-BT bzw. Tarif BT) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem Dritten Kapitel des SGB V, soweit auf die Leistungen ein Anspruch besteht, sowie den jeweils geltenden Richtlinien und Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 SGB V (siehe Anhang) für die Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

(6) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(7) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland. Unter den im Tarif genannten Voraussetzungen können auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie in der Schweiz in Anspruch genommen werden. Anspruch auf Krankenhausleistungen besteht nur, wenn eine vorherige schriftliche Leistungszusage des Versicherers erteilt worden ist. Anspruch auf Krankentagegeld besteht nur für in einem der in Satz 2 genannten Länder akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle und nur für die Dauer einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus unter Berücksichtigung von Karenzzeit und Höchstdauer.

(8) Der Versicherungsnehmer hat unter den Voraussetzungen und mit den Rechtsfolgen der §§ 204 Abs. 1 Nr. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG), 13 Abs. 2 Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) – siehe Anhang – das Recht, für sich oder für die in seinem Vertrag versicherten Personen den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz zu verlangen. Im neuen Tarif können Risikozuschläge, die während der Dauer der Versicherung im Basistarif nicht erhoben werden, aktiviert werden. Ein Wechsel in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – s. Anhang) ist ausgeschlossen.

(9) An eine gewählte Selbstbehaltstufe ist die versicherte Person drei Jahre gebunden; der Wechsel in eine andere Selbstbehaltstufe kann frühestens mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf der Dreijahresfrist beantragt werden. Durch einen zwischenzeitlichen Wechsel des Versicherers wird die Dreijahresfrist nicht berührt. Danach kann der Wechsel derselben Selbstbehaltstufe mit einer Frist von drei Monaten jeweils zum Ablauf eines Jahres beantragt werden. Wird durch den vereinbarten Selbstbehalt keine oder eine nur geringe Reduzierung des Beitrages erreicht, kann der Versicherungsnehmer jederzeit die Umstellung des Vertrages in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen. Der Versicherer nimmt die Umstellung innerhalb von drei Monaten vor.

§ 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). Vor und nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 und 2 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages zulässig; während der Dauer der Versicherung im Basistarif wird der Risikozuschlag nicht erhoben.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn die Anmeldung zur Versicherung im Basistarif spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt.

(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; während der Dauer der Versicherung im Basistarif wird der Risikozuschlag nicht erhoben.

§ 3 Wartezeiten

Die Wartezeiten entfallen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten frei, die zur vertragsärztlichen bzw. -zahnärztlichen Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind (Vertragsärzte bzw. Vertragszahnärzte). Die Mit- oder Weiterbehandlung durch einen anderen als den zuerst in Anspruch genommenen Vertragsarzt bzw. -zahnarzt ist nur zulässig aufgrund einer Überweisung mittels eines in der vertragsärztlichen bzw. -zahnärztlichen Versorgung geltenden Überweisungsscheins. Erfolgt die Inanspruchnahme des Vertragsarztes bzw. -zahnarztes aufgrund einer Überweisung gemäß Satz 2, ist vor Behandlungsbeginn der Überweisungsschein vorzulegen. Bei psychotherapeutischer Behandlung dürfen auch Psychologische Psychotherapeuten sowie in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Anspruch genommen werden, die zur vertragsärztlichen Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind. Bei medizinisch notwendiger ambulanter Heilbehandlung kann auch ein Krankenhaus, ein Medizinisches Versorgungszentrum oder eine sonstige Einrichtung in Anspruch genommen werden, wenn die Einrichtung zur vertragsärztlichen oder -zahnärztlichen Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen ist und ihre Rechnungen nach der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte erstellt.

(3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 Satz 1 genannten Leistungserbringern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Heilmittel dürfen nur von Therapeuten angewandt werden, die zur Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind.

(3a) Der Versicherer erbringt im Versicherungsfall auch Ersatz von Aufwendungen für die Versorgung mit Medizinprodukten niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen (digitale Gesundheitsanwendungen) nach Maßgabe von Abschnitt I. des Tarifs BT. Die digitalen Gesundheitsanwendungen müssen von den in Absatz 2 genannten Leistungserbringern verordnet werden. Der Versicherer ist berechtigt, anstelle des Aufwendungsersatzes die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung zu stellen.

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person Anspruch auf Behandlung in zugelassenen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen nach Maßgabe von Abschnitt D. des Tarifs uni-BT bzw. des Tarifs BT.

(5) Als Krankentagegeld ersetzt der Versicherer den durch Arbeitsunfähigkeit als Folge von Krankheit oder Unfall verursachten Verdienstausfall nach Maßgabe von Abschnitt F. des Tarifs uni-BT bzw. des Tarifs BT.

(6) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kosten-

voranschlag und andere Unterlagen ein. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

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

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für 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 Krankheiten, die sich die versicherte Person, bei einem von ihr begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen oder durch eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme (z.B. Sterilisation, ästhetische Operationen, Tätowierungen, Piercings) zugezogen hat. Beim Krankentagegeld gilt der Leistungsausschluss auch für Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;

c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, psychologische Psychotherapeuten, in Medizinischen Versorgungszentren 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 Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner i.S.v. § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

f) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;

g) für Krankentagegeld ferner auch bei Arbeitsunfähigkeit

aa) ausschließlich wegen Schwangerschaft und Entbindung, wenn diese nicht im Krankenhaus erfolgt;

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

cc) wenn die versicherte Person sich nicht an ihrem Wohnsitz in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (§ 1 Abs. 7, § 4 Abs. 4);

dd) wenn und soweit die versicherte Person Anspruch auf Arbeitsentgelt, Lohnersatzleistungen, Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen, Verletztengeld oder Übergangsgeld der gesetzlichen Unfallversicherung oder vergleichbare Leistungen hat;

ee) vor dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit.

(2) Auf Leistungen besteht ferner auch dann kein Anspruch, wenn sich die versicherte Person in den Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes begeben hat, um aufgrund einer Versicherung als bisher nicht versicherte Person (vgl. Abschnitt A. Abs. 2c)) missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

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

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die folgenden Nachweise, die Eigentum des Versicherers werden, erbracht sind:

a) Es sind Rechnungsoriginale oder deren beglaubigte Zweitschriften mit einer Bestätigung eines anderen Kostenträgers über die erbrachten Leistungen einzureichen.

b) Die Belege der Leistungserbringer müssen Namen und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung, die einzelnen ärztlichen oder zahnärztlichen Leistungen mit Bezeichnung und Nummer gemäß der angewandten Gebührenordnung, die gesondert berechnungsfähigen Entschädigungen und Auslagen sowie die jeweiligen Behandlungsdaten, ferner die Vertragsarztnummer sowie das Institutionskennzeichen des Krankenhauses enthalten.

c) Arzneimittelverordnungen sollen zusammen mit der dazugehörigen Rechnung des Leistungserbringers eingereicht werden, es sei denn, dass der Leistungserbringer die Krankheitsbezeichnung auf der Verordnung vermerkt hat. Der Preis für die bezogenen Arzneimittel muss durch Stempelaufdruck der Apotheke mit Datumsangabe quittiert sein; außerdem muss die Pharmazentralnummer aufgedruckt werden. Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sind zusammen mit den Verordnungen der Leistungserbringer einzureichen, Hilfsmittelrechnungen müssen die Hilfsmittelnummern des Hilfsmittelverzeichnisses der Gesetzlichen Krankenversicherung ausweisen. Die Verordnungen müssen den Namen der behandelten Person enthalten.

d) Die nach Buchstaben a) bis c) geforderten Nachweise sollen spätestens bis zum 31.03. des auf die Rechnungsstellung folgenden Jahres eingereicht werden.

e) Der Anzeige der Arbeitsunfähigkeit ist das Original der ärztlichen Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Bezeichnung der Krankheit und der Nachweis über die Höhe des Nettoeinkommens beizufügen.

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

(3) Der Versicherer ist berechtigt, in vertraglichem Umfang unmittelbar an den Rechnungssteller zu leisten, wenn dieser ihm die den Anforderungen von Absatz 1 genügende Rechnung übersendet. Der vertragliche Anspruch des Versicherungsnehmers ist insoweit erfüllt.

(4) Reicht der Versicherungsnehmer die Rechnung zur Erstattung ein ohne einen Nachweis darüber beizufügen, dass er die Forderung des Rechnungstellers erfüllt hat, ist der Versicherer berechtigt, unmittelbar an den Rechnungsteller zu leisten. Der vertragliche Anspruch des Versicherungsnehmers ist insoweit erfüllt.

(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. In diesem Fall ist die versicherte Person auch zur Erbringung des Nachweises gemäß Absatz 4 verpflichtet. Liegt keine Benennung nach Satz 1 vor, kann vorbehaltlich von Absatz 3 nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

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

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

(8) 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) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Der Beitrag ist am Ersten eines jeden Monats fällig.

(2) Der erste Beitrag ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

(3) Ist der Versicherungsnehmer 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 von höchstens 5 Euro je Mahnung, zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des folgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (s. 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 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 (s. 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.

(4) 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.

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

§ 8a Beitragsberechnung und -begrenzung

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

(2) Die Höhe des Tarifbeitrags richtet sich nach dem Versicherungsumfang, dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Verträge über den Basistarif, dessen Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den Basistarif und dem Geburtsjahr. Ist bei Abschluss des Basistarifes eine Alterungsrückstellung zu berücksichtigen, wird diese gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet. Dabei darf der Beitrag eines Erwachsenen den halben Neugeschäftsbeitrag zum jüngsten Erwachsenenalter in der jeweils versicherten Tarifstufe nicht unterschreiten.

(3) Für Kinder und Jugendliche richtet sich der Beitrag nach dem jeweils vollendeten Lebensjahr. Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche (Frauen, Männer) und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene (Frauen, Männer) der versicherten Leistungsstufe zu entrichten. Die Differenzierung des Beitrags für Jugendliche und Erwachsene nach dem Geschlecht gilt nicht für Verträge über den Basistarif, dessen Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.

(4) Risikozuschläge werden für die Dauer der Versicherung im Basistarif nicht erhoben.

(5) Der zu zahlende Beitrag ist für die versicherte Person begrenzt auf die Höhe des Höchstbeitrages der Gesetzlichen Krankenversicherung. Dieser Höchstbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a Abs. 2 SGB V mit der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder mit vergleichbaren Ansprüchen sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige tritt an die Stelle des Höchstbeitrages der Gesetzlichen Krankenversicherung ein Höchstbeitrag, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs für ambulante Heilbehandlung entspricht.

(6) Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags nach Absatz 5 Satz 1 oder Satz 3 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, vermindert sich der zu zahlende Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit auf die Hälfte. Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, vermindert sich der Beitrag ebenfalls auf die Hälfte.

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

(7) Wenn und solange eine versicherte Person auf die Halbierung des Beitrags nach Absatz 6 angewiesen ist, kann der Versicherer verlangen, dass zum Basistarif abgeschlossene Zusatzversicherungen ruhen.

(8) 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 Verträge über den Basistarif, dessen 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.

(9) Wird der Versicherungsvertrag im Basistarif für eine versicherte Person später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung abgeschlossen, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren 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 die versicherte Person 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 und fällt nicht unter die Höchstbeitragsbegrenzung gemäß den Absätzen 5 und 6. 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 mit 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz verzinst.

§ 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 werden zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten verglichen. Dies geschieht jeweils getrennt für die Tarifstufen uni-BTN bzw. BTN und uni-BTB bzw. BTB anhand der Gemeinschaftsstatistik der den Basistarif anbietenden Versicherer gemäß den Festlegungen in den technischen Berechnungsgrundlagen. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Von einer solchen Beitragsanpassung wird abgesehen, wenn die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrundeliegenden gesetzlichen Bestimmungen (vgl. § 1 Abs. 5), 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 wird der Versicherer insoweit eine entsprechende Anpassung vornehmen.

(2) Sind die zu zahlenden Beiträge infolge der Höchstbeitragsgarantie gegenüber den nach den technischen Berechnungsgrundlagen notwendigen Beiträgen gekürzt, so können diese Beiträge abweichend von Absatz 1 bei einer Veränderung des Höchstbeitrags angeglichen werden.

(3) Beitragsanpassungen gemäß Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt; Beitragsangleichungen gemäß Absatz 2 werden zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des geänderten Höchstbeitrages wirksam.

§ 9 Obliegenheiten

(1) 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 oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

(2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Die versicherte Person muss die Nachuntersuchung innerhalb von drei Tagen nach Erhalt der Aufforderung durchführen lassen. Verweigert sie die Nachuntersuchung, kann das Krankentagegeld für die Dauer der Weigerung entzogen werden.

(3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens und 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.

(4) Für den Bezug von Krankentagegeld

a) ist die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber ab dem 43. Tag, durch Vorlage eines Nachweises (§ 6 Abs. 1) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige wird das Krankentagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem 43. Tag. Bei länger als zwei Wochen fortdauernder Arbeitsunfähigkeit muss der Nachweis unaufgefordert alle zwei Wochen erneuert werden. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen;

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

(5) Die versicherten Personen sind verpflichtet, gegenüber den in § 4 Absätzen 2 bis 4 genannten Leistungserbringern unter Vorlage des vom Versicherer ausgehändigten Ausweises auf ihren Versicherungsschutz im Basistarif hinzuweisen.

Händigt der Versicherer der bei ihm versicherten Person statt des Ausweises eine elektronische Gesundheitskarte aus, ist deren Vorlage beim Leistungserbringer für die versicherte Person zwingend.

(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) 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 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird die in § 9 Abs. 5 genannte Obliegenheit verletzt, ist der Versicherer berechtigt, bei jedem zur Erstattung eingereichten Beleg vom Erstattungsbetrag einen Verwaltungskostenabschlag in Höhe von 5 Euro, höchstens 50 Euro im Kalenderjahr, abzuziehen.

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

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

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

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von 18 Monaten, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Werden weitere Personen in dem bestehenden Versicherungsverhältnis versichert, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die weiteren Versicherungsjahre fallen mit denjenigen des Versicherungsnehmers zusammen.

(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 das Versicherungsverhältnis 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 das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er

den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

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

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

(6) Die Kündigung nach den Absätzen 1, 2, 4 und 5 setzt voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb 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.

(7) Bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses und gleichzeitigem Abschluss eines neuen, der Pflicht zur Versicherung genügenden Vertrages kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt.

(8) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, ist der Versicherer berechtigt, den Übertragungswert bis zum Ausgleich des Rückstandes zurückzubehalten.

(9) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Das ordentliche Kündigungsrecht ist ausgeschlossen.

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

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife 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. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

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

(3) Gibt eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland auf, endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(4) Entfällt eine der in Abschnitt A. Absatz 2 bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit und entfällt damit auch die Pflicht zur Versicherung, endet das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Basistarifs einschließlich des Tarifs uni-BT bzw. des Tarifs BT 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.

(3) Ändern sich die leistungsbezogenen Vorschriften des SGB V, ist der Versicherer berechtigt, die Leistungen des Basistarifs mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsschutzes, nach den Vorgaben des insoweit beliehenen (§ 158 Abs. 2 VAG – siehe Anhang) Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V., entsprechend anzupassen. Dabei können auch im Tarif uni-BT bzw. im Tarif BT genannte betraglich festgelegte Zuzahlungen der versicherten Person, betraglich festgelegte Zuschüsse des Versicherers und erstattungsfähige Höchstbeträge bei Anhebung und bei Absenkung der entsprechenden Leistungsgrenzen der Gesetzlichen Krankenversicherung angeglichen werden. Die im Basistarif erstattungsfähigen Gebührensätze können durch Verträge zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften einerseits und den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen andererseits ganz oder teilweise abweichend geregelt werden. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

KVB-825 01.22

Tarif uni-BT

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil II Tarif: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 für den Basistarif (MB/BT 2009)

Leistungen des Versicherers

Die **Höhe der Versicherungsleistungen** hängt davon ab, welcher Tarifstufe und welcher Leistungsstufe innerhalb der Tarifstufe die versicherte Person angehört. Die versicherbaren Leistungsstufen ergeben sich aus der Beitragstabelle.

Bei **Tarifstufe uni-BTN** beträgt die Höhe der Versicherungsleistungen 100 Prozent der Leistungszusage nach den Abschnitten A bis I.

Bei **Tarifstufe uni-BTB** hängt die Höhe der Versicherungsleistungen von der Leistungsstufe ab, der die versicherte Person zugeordnet ist; die Zuordnung zu den verschiedenen Leistungsstufen wird bestimmt durch den für die versicherte Person geltenden Beihilfebemessungssatz. Beihilfebemessungssatz und Erstattungssatz des Basistarifs dürfen insgesamt 100 Prozent nicht überschreiten.

A. Ambulante Heilbehandlung

1. Ärztliche Behandlung

(1) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Leistungen einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen durch Vertragsärzte, die für die vertragsärztliche Versorgung im Bundesmantelvertrag–Ärzte/Ersatzkassen bzw. einem diesen ersetzenden Nachfolgevertrag, dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt sind. Aufwendungen für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind nur erstattungsfähig, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss diese in die Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen hat.

(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu den im Folgenden genannten Höchstsätzen zu 100 Prozent ersetzt, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt vorzunehmen sind:

a) 1,16facher Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für Leistungen nach Abschnitt M sowie für die Leistung nach Ziffer 437 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ

b) 1,38facher Satz GOÄ für Leistungen nach den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses der GOÄ

c) 1,8facher Satz GOÄ für alle übrigen Leistungen des Gebührenverzeichnisses der GOÄ.

Ersetzt werden auch Aufwendungen für pauschalierte Entgelte, wenn sie die Höchstsätze nach Satz 1 nicht übersteigen.

(3) Werden die Vergütungen für die ärztliche Behandlung gemäß Abs. 1 durch Verträge zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften einerseits und den Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung andererseits ganz oder teilweise abweichend geregelt, gelten die jeweils vertraglich vereinbarten Vergütungen.

2. Psychotherapie

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante Psychotherapie, wenn und soweit der Versicherer zuvor im Rahmen eines Konsiliarund Gutachterverfahrens eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat. Leistungen werden nur für die in der Gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in Abhängigkeit von bestimmten Diagnosen

a) zugelassenen Verfahren

b) bei Inanspruchnahme entsprechend qualifizierter Vertragsärzte oder zugelassener psychologischer Psychotherapeuten

c) bis zum jeweils festgelegten Höchstumfang zugesagt.

(2) Für die folgenden Maßnahmen ist eine Zusage ausgeschlossen:

Maßnahmen zur beruflichen Anpassung und Berufsförderung, Erziehungsberatung, Sexualberatung, körperbezogene Therapieverfahren, darstellende Gestaltungstherapie sowie heilpädagogische oder sonstige Maßnahmen, für die die Gesetzliche Krankenversicherung keine Leistungen vorsieht.

(3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für Zuzahlungen vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt

a) bei Ärzten bis zu den in Nr. 1 Abs. 2 und 3 genannten Höchstsätzen,

b) bei Psychotherapeuten gemäß § 4 Abs. 2 Satz 2 MB/BT 2009 bis zum 1,8fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP); Nr. 1 Abs. 3 gilt entsprechend.

3. Entfällt

4. Soziotherapie

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Soziotherapie entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, wenn die versicherte Person wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen und wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird, oder wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist. Voraussetzung ist eine vorherige schriftliche Leistungszusage des Versicherers. Die Verordnung muss durch einen von der Kassenärztlichen Vereinigung hierzu befugten Vertragsarzt erfolgen.

(2) Der Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Versicherungsfall. Die Dreijahresfrist wird durch einen zwischenzeitlichen Wechsel des Versicherers nicht berührt. Die versicherte Person ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über die Inanspruchnahme zu führen.

(3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 Prozent ersetzt

a) bei Ärzten bis zu den in Nr. 1 Abs. 2 und 3 genannten Höchstsätzen,

b) bei Fachkräften für Soziotherapie nicht mehr als der Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre,

sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für Zuzahlungen vorzunehmen sind. Die Zuzahlung beträgt 8 Euro je Behandlungstag. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von der Zuzahlung befreit.

5. Häusliche Krankenpflege

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Ist die häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich, sind nur die Aufwendungen für Behandlungspflege erstattungsfähig. Die häusliche Krankenpflege umfasst auch die ambulante Palliativversorgung.

Erstattungsfähig sind darüber hinaus Aufwendungen für die erforderliche Grundpflege und für hauswirtschaftliche Versorgung wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbe-

handlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorliegt.

(2) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach Absatz 1 besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person die versicherte Person nicht wie notwendig pflegen und versorgen kann. Leistungen werden nur erbracht, wenn und soweit der Versicherer eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

(3) Der Anspruch gemäß Absatz 1 auf Leistungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung besteht bis zu vier Wochen je Versicherungsfall, bei ambulanter Palliativversorgung auch darüber hinaus.

(4) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 Prozent ersetzt

a) bei Ärzten bis zu den in Nr. 1 Abs. 2 und 3 genannten Höchstsätzen,

b) bei Pflegefachkräften nicht mehr als der Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre,

sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für Zuzahlungen vorzunehmen sind. Die Zuzahlung beträgt 8 Euro je Tag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage je Kalenderjahr anfallenden Kosten, sowie 10 Euro je Verordnung. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von der Zuzahlung befreit.

6. Haushaltshilfe

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Haushaltshilfe, wenn der versicherten Person die Weiterführung des Haushaltes nicht möglich ist wegen

a) Krankenhausbehandlung,

b) Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation,

c) medizinischer Vorsorgeleistungen,

d) medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter,

e) medizinischer Rehabilitation für Mütter und Väter,

f) Schwangerschaft und Entbindung,

g) häuslicher Krankenpflege,

h) schwerer Krankheit und akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung.

(2) Der Anspruch nach Absatz 1 setzt voraus, dass keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. Der Anspruch nach Absatz 1 lit. a bis g setzt zudem voraus, dass im Haushalt der versicherten Person ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Der Anspruch nach Absatz 1 lit. h besteht längstens für die Dauer von vier Wochen. Wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich dieser Anspruch auf längstens 26 Wochen.

(3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für eine Zuzahlung vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt, jedoch nicht mehr als der Betrag, der für einen Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre. Die Zuzahlung beträgt 8 Euro je Kalendertag. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von der Zuzahlung befreit.

7. Arznei- und Verbandmittel

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel, die von einem Vertragsarzt verordnet worden sind und innerhalb eines Monats nach Ausstellung der Verordnung aus der Apotheke (auch Internet- und Versandapotheke) bezogen werden. Erstattungsfähig sind ferner nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach den Arzneimittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch den behandelnden Vertragsarzt ausnahmsweise zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können.

Stehen für das verordnete Arzneimittel mehrere wirkstoffgleiche Arzneimittel zur Verfügung, sind nur Aufwendungen für eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel erstattungsfähig, es sei denn die Verordnung eines bestimmten Arzneimittels ist medizinisch notwendig oder keines der drei preisgünstigsten Arzneimittel ist zeitgerecht lieferbar.

(2) Bei versicherten Personen, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie bei versicherten Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen sind auch verordnete, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel erstattungsfähig.

(3) Als Arzneimittel gelten nicht: Nährmittel, Stärkungsmittel, Genussmittel, Mineralwässer, kosmetische Mittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege, Mittel zur Potenzsteigerung, zur Raucherentwöhnung, zur Gewichtsreduzierung oder gegen Haarausfall, sowie sonstige Mittel, für die die Gesetzliche Krankenversicherung keine Leistungen vorsieht.

Sondennahrung, Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate und Elementardiäten gelten als Arzneimittel, wenn aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist. Die dafür entstehenden Aufwendungen sind in den Fällen erstattungsfähig, die in den Arzneimittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses als medizinisch notwendig festgelegt sind.

(4) Keine Leistungspflicht besteht für Arzneimittel, die wegen Unwirtschaftlichkeit oder weil sie ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, durch Rechtsverordnung für die Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind, sowie für nicht verordnungsfähige Arzneimittel im Sinne der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

(5) Aufwendungen für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel sind nur bis zur Höhe des Apothekenverkaufspreises gemäß Arzneimittelpreisverordnung oder, im Falle von vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgesetzter Fest- bzw. Höchstbeträge bis zu dem jeweiligen Betrag erstattungsfähig.

(6) Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel sind nur bis zur Höhe des Apothekenverkaufspreises gemäß der am 31.12.2003 gültigen Arzneimittelpreisverordnung oder, im Falle von vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgesetzter Fest- bzw. Höchstbeträge, bis zu dem jeweiligen Betrag erstattungsfähig.

(7) Aufwendungen für in der Apotheke individuell hergestellte Arzneimittel (Rezepturen) sind nur bis zu den Preisen erstattungsfähig, die sich aus der sachgerechten Anwendung der Hilfstaxe für Apotheken ergeben würden.

(8) Aufwendungen für Verbandmittel, Harn- und Blutteststreifen, die innerhalb eines Monats nach Verordnung aus der Apotheke (auch Internet- und Versandapotheke) bezogen werden müssen, sind bis zur Höhe des Apothekeneinkaufspreises, der am Tag der Abgabe in der Großen Deutschen Spezialitäten-Taxe gelistet ist, zuzüglich des durchschnittlichen in der Gesetzlichen Krankenversicherung üblichen Preisaufschlags erstattungsfähig.

(9) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für eine Zuzahlung vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt. Die Zuzahlung beträgt 6 Euro für jedes Arznei- und Verbandmittel, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Aufwendungen. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von der Zuzahlung befreit.

8. Heilmittel

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die im Heilmittelverzeichnis **(Anlage)** des Basistarifs aufgeführten Leistungen. Diese müssen von einem Vertragsarzt verordnet und von einem für die Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Therapeuten erbracht werden. Die Behandlung muss innerhalb von 14 Tagen und bei Podologie innerhalb von 28 Tagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden, es sei denn, der Arzt hat einen späteren Beginn auf der Verordnung vermerkt.

(2) Der Anspruch ist begrenzt auf die jeweilige Höchstmenge der nach dem Heilmittelkatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung indikationsbezogen verordnungsfähigen Heilmittel. Wird die entsprechend den Heilmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bestimmte Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles überschritten, sind weitere Verordnungen zu begründen und vor Fortsetzung der Therapie vom Versicherer zu genehmigen.

(3) Keine Leistungspflicht besteht für nicht verordnungsfähige Heilmittel entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und für durch Rechtsverordnung für die Versorgung in der Gesetzlichen

Krankenversicherung ausgeschlossene Heilmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen.

(4) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für eine Zuzahlung vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt. Die Zuzahlung beträgt 2 Euro je Heilmittel sowie 10 Euro je Verordnung. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von der Zuzahlung befreit.

9. Hilfsmittel

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Versorgung mit im Hilfsmittelverzeichnis der Gesetzlichen Krankenversicherung in der jeweils geltenden Fassung aufgelisteten Hilfsmitteln in Standardausführung einschließlich der Aufwendungen für Reparatur und Unterweisung im Gebrauch sowie für Gebrauch und Pflege. Die Wartung und Kontrolle von Hilfsmitteln sind nur erstattungsfähig, wenn sie zum Schutz des Versicherten vor unvertretbaren Gesundheitsrisiken erforderlich oder nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendig sind. Hilfsmittel müssen von einem Vertragsarzt verordnet und innerhalb eines Monats nach Ausstellung der Verordnung bei einem Leistungserbringer, der Vertragspartner eines Trägers der Gesetzlichen Krankenversicherung ist, bezogen werden. Vor dem Bezug eines Hilfsmittels ist die Genehmigung des Versicherers einzuholen. Hilfsmittel können vom Versicherer auch leihweise überlassen werden.

Ist im Einzelfall eine über Satz 1 hinausgehende Hilfsmittelversorgung medizinisch notwendig, um den Erfolg einer Krankheitsbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, sind die Aufwendungen erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer eine vorherige schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

(2) Aufwendungen für Brillengläser sind erstattungsfähig bis zu den Festbeträgen der Gesetzlichen Krankenversicherung, soweit die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Nach Vollendung des 14. Lebensjahres besteht ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Kosten für Brillengläser nur bei einer ärztlich festgestellten Änderung der Sehfähigkeit – bezogen auf ein Auge – um mindestens 0,5 Dioptrien.

(3) Bei versicherten Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind Aufwendungen für Brillengläser bis zu den Festbeträgen der Gesetzlichen Krankenversicherung erstattungsfähig, wenn bei ihnen aufgrund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 besteht. Wenn Augenverletzungen oder Augenerkrankungen behandelt werden müssen, sind auch Aufwendungen für eine nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses indizierten therapeutischen Sehhilfe erstattungsfähig.

(4) Ein Anspruch auf Kontaktlinsen besteht nur bei Vorliegen einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss in den Hilfsmittel-Richtlinien festgelegten Indikation.

(5) Keine Leistungspflicht besteht für nicht verordnungsfähige Hilfsmittel im Sinne der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und für durch Rechtsverordnung für die Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossene Hilfsmittel von geringem therapeutischem Nutzen oder geringem Abgabepreis. Brillengestelle sowie Aufwendungen für Kontaktlinsenpflegemittel werden nicht ersetzt.

(6) Aufwendungen sind nur bis zur Höhe eines der drei preisgünstigsten Hilfsmittel erstattungsfähig, die für die Versorgung eines Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehen, oder, im Falle bestehender Festbeträge, bis zu dem jeweiligen Betrag. Abzüglich eines vertraglich vereinbarten Selbstbehaltes und einer Zuzahlung werden die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 100 Prozent ersetzt. Die Zuzahlung beträgt 8 Euro je Hilfsmittel. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt die Zuzahlung 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf des jeweiligen Hilfsmittels, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Aufwendungen. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von der Zuzahlung befreit.

Sofern das Hilfsmittel nicht leihweise überlassen wird, benennt der Versicherer mit der Genehmigung gemäß Absatz 1 Satz 4 einen Hilfsmittelanbieter, der den Hilfsmittelbezug in zumutbarer Weise gewährleistet, ohne dass die versicherte Person über die Zuzahlung und einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt hinausgehende Eigenanteile aufzubringen hat.

10. Ambulante medizinische Vorsorgeleistungen

(1) Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, wenn diese medizinisch notwendig sind, um

a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,

b) einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegen zu wirken,

c) Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder

d) Pflegebedürftigkeit zu vermeiden,

wenn und soweit der Versicherer eine vorherige schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

(2) Erstattungsfähig sind auch ambulante Vorsorgemaßnahmen in anerkannten Kurorten, wenn die Vorsorgeleistungen nach Absatz 1 nicht ausreichen und der Versicherer eine vorherige schriftliche Leistungszusage erteilt hat. Die übrigen im Zusammenhang mit dieser Leistung entstehenden Kosten sind nicht erstattungsfähig. Der Anspruch kann erst nach Ablauf von drei Jahren erneut geltend gemacht werden, es sei denn, vorzeitige Leistungen sind aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Die Dreijahresfrist wird durch einen zwischenzeitlichen Wechsel des Versicherers nicht berührt. Die versicherte Person ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über die Inanspruchnahme zu führen.

(3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für Zuzahlungen vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt.

11. Ambulante Rehabilitation

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einer Rehabilitationseinrichtung, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen hat, wenn eine Behandlung nach Nr. 1 nicht ausreicht, das medizinisch erforderliche Behandlungsziel zu erreichen. Voraussetzung ist, dass der Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

(2) Abweichend von § 4 Abs. 2 MB/BT 2009 bestimmt der Versicherer die Rehabilitationseinrichtung sowie Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach pflichtgemäßem Ermessen anhand der medizinischen Erfordernisse des Einzelfalls.

(3) Der Anspruch auf ambulante Rehabilitationsleistungen ist begrenzt auf höchstens 20 Behandlungstage und kann erst nach Ablauf von vier Jahren erneut geltend gemacht werden, es sei denn, eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Die Vierjahresfrist wird durch einen zwischenzeitlichen Wechsel des Versicherers nicht berührt. Die versicherte Person ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über die Inanspruchnahme zu führen.

(4) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für eine Zuzahlung vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt. Die Zuzahlung beträgt für versicherte Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 10 Euro je Behandlungstag.

12. Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

a) ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung,

b) ärztlich verordnetes Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung

c) Reisekosten

d) Betriebs- oder Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten,

e) solche Leistungen, die unter Berücksichtigung von Art oder Schwere der Behinderung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern, die aber nicht zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zu den Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung führen,

f) wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch kranke versicherte Personen,

wenn zuletzt der Versicherer Leistungen für ärztliche Behandlung erbracht hat oder erbringt; ferner für

g) aus medizinischen Gründen in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitation erforderliche sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wenn die Nachsorge wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung sichern.

(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht ein Abzug für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt vorzunehmen ist, zu 100 Prozent ersetzt, wenn und soweit der Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

13. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Anspruchsberechtigt ist eine versicherte Person mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigt.

(2) Anspruch auf Erstattung der Leistungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung haben auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen.

(3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 Prozent ersetzt

a) bei Ärzten bis zu den in Nr. 1 Abs. 2 und 3 genannten Vergütungssätzen,

b) bei Fachkräften für spezialisierte ambulante Palliativversorgung jedoch nicht mehr als der Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre,

sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt vorzunehmen sind.

B. Maßnahmen nach § 1 Abs. 3 a) MB/BT 2009

1. Schwangerschaft und Entbindung

(1) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

a) gezielte Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangerschaft,

b) Schwangerschafts-, Entbindungs- und Wöchnerinnenbetreuung durch Arzt und Hebamme sowie für ergänzende, medizinisch notwendige häusliche Pflege ohne hauswirtschaftliche Versorgung,

c) Haushaltshilfe, wenn der versicherten Person die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann,

d) stationäre Entbindung in einem zugelassenen Krankenhaus oder einer anderen stationären Vertragseinrichtung, in der Geburtshilfe geleistet wird.

(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt.

2. Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Insemination bzw. künstliche Befruchtung bei einer versicherten Person entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, wenn die jeweilige Maßnahme nach ärztlicher Feststellung die einzig erfolgversprechende Möglichkeit zur Herbeiführung einer Schwangerschaft darstellt, vor Behandlungsbeginn nach Durchführung eines unabhängigen ärztlichen Beratungsverfahrens eine schriftliche Leistungszusage des Versicherers erteilt wurde und

a) die Behandlung bei einer verheirateten versicherten Person und ihrem Ehepartner erfolgt,

b) zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau mindestens 25 Jahre alt ist und sie das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,

c) ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehepartner verwendet werden,

d) eine hinreichende Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht; eine hinreichende Aussicht besteht nicht mehr, wenn die Maßnahme dreimal ohne Erfolg durchgeführt worden ist.

(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt vorzunehmen sind, zu 50 Prozent ersetzt.

3. Empfängnisverhütung

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche Beratung und Untersuchung wegen Empfängnisregelung. Für versicherte weibliche Personen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr sind auch die Aufwendungen für ärztlich verordnete, verschreibungspflichtige empfängnisverhütende Mittel einschließlich der Kosten für die ärztliche Verordnung erstattungsfähig.

(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für Zuzahlungen nach Abschnitt A. Nr. 7 Abs. 9 vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt.

4. Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine durch Krankheit erforderliche Sterilisation sowie für einen nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt einschließlich jeweils gesetzlich vorgeschriebener Begutachtungsund Beratungsleistungen. Ein Anspruch auf Leistungen bei einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch besteht nur, wenn er in einer dem Schwangerschaftskonfliktgesetz genügenden Einrichtung vorgenommen wird.

(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt.

C. Zahnbehandlung und -ersatz, Kieferorthopädie

1. Zahnärztliche Behandlung

(1) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliche und -technische Leistungen durch Vertragszahnärzte, die für die vertragszahnärztliche Versorgung im Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte bzw. einem diesen ersetzenden Nachfolgevertrag, dem Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt sind. Sie umfassen insbesondere

a) gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,

b) Erstellung eines Therapie- und Kostenplanes,

c) Individualprophylaxe nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr,

d) konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen oder einer kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden.

Aufwendungen für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind nur erstattungsfähig, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss diese in die Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen hat.

(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zum 2,0fachen Satz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ersetzt. Erbringt der Zahnarzt Leistungen, die in den in § 6 Abs. 2 GOZ (siehe Anhang) genannten Abschnitten der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) aufgeführt sind, werden die Vergütungen für diese Leistungen bis zu den in Abschnitt A Nr. 1 Absatz 2 genannten Höchstsätzen ersetzt.

(3) Werden die Gebührensätze gemäß Absatz 2 durch Verträge zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften einerseits und den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung andererseits ganz oder teilweise abweichend geregelt, gelten die jeweils vertraglich vereinbarten Vergütungen.

(4) Wählt der Versicherte bei Zahnfüllungen eine über die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses hinausgehende Versorgung, hat er die über die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung hinausgehenden Mehrkosten selbst zu tragen. Wird eine intakte plastische Füllung ausgetauscht, entsteht kein Leistungsanspruch, auch nicht anteilig.

(5) Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

a) funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen.

b) implantologische Leistungen, es sei denn, es liegt eine Ausnahmeindikation für besonders schwere Fälle vor, die der Gemeinsame Bundesausschuss festgelegt hat.

(6) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt.

(7) Leistungen für Schienentherapien und Aufbissbehelfe sowie für systematische Parodontalbehandlungen werden nur erbracht, wenn die versicherte Person dem Versicherer vor Behandlungsbeginn einen Therapie- und Kostenplan vorlegt. Der Versicherer prüft den Plan und gibt der versicherten Person über die zu erwartenden Leistungen Auskunft.

2. Zahnersatz einschließlich Kronen und Suprakonstruktionen

(1) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

a) zahnärztliche Leistungen durch Vertragszahnärzte, die für die vertragszahnärztliche Versorgung im Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte bzw. einem diesen ersetzenden Nachfolgevertrag, dem Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt sind und

b) zahntechnische Leistungen, die in dem zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen vereinbarten bundeseinheitlichen Verzeichnis enthalten sind,

bei der Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Kronen und Suprakonstruktionen, wenn eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss bei dem vorliegenden Befund anerkannt ist. Erstattungsfähig sind nur Aufwendungen für Leistungen, die der vertragszahnärztlichen Regelversorgung entsprechen. Wählt die versicherte Person einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleichartigen oder davon abweichenden andersartigen Zahnersatz, hat sie die Mehrkosten selbst zu tragen.

(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen werden bis zum 2,0fachen Gebührensatz der GOZ ersetzt. Nr. 1 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen werden ersetzt auf der Grundlage der von den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und den Innungsverbänden der Zahntechniker vereinbarten Höchstpreise für zahntechnische Leistungen. Werden die zahntechnischen Leistungen von Zahnärzten erbracht, vermindern sich die entsprechenden Preise um 5 Prozent.

(4) Der Aufwendungsersatz beträgt 60 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen. Er erhöht sich auf 70 Prozent, wenn der Gebisszustand der versicherten Person regelmäßige Zahnpflege erkennen lässt und sie nachweisen kann, dass sie während der letzten fünf Jahre vor Behandlungsbeginn

a) sich vor Vollendung des 18. Lebensjahres zweimal in jedem Kalenderjahr

b) sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres einmal in jedem Kalenderjahr

hat zahnärztlich untersuchen lassen. Bei ununterbrochener 10 jähriger Inanspruchnahme der jeweils vorgesehenen Untersuchungen erhöht sich der Aufwendungsersatz um weitere 5 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen. Bei einer Unterbrechung des Fünf- oder Zehnjahreszeitraums vermindert sich der Aufwendungsersatz wieder auf 60 Prozent.

(5) Weist die versicherte Person nach, dass sie durch den ihr nach Absatz 4 verbleibenden Eigenanteil entsprechend § 55 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang) unzumutbar belastet würde, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 100 Prozent ersetzt.

(6) Zur Vermeidung von Härten wird der versicherten Person bei entsprechendem Nachweis von dem nach Absatz 4 verbleibenden Eigenanteil ein weiterer Betrag nach Maßgabe von § 55 Abs. 3 SGB V (siehe Anhang) ersetzt.

(7) Leistungen werden nur erbracht, wenn die versicherte Person dem Versicherer vor Behandlungsbeginn einen Therapie- und Kostenplan vorlegt, der die Regelversorgung und die tatsächlich geplante Versorgung nach Art, Umfang und Kosten beinhaltet. Der Versicherer prüft den Plan und gibt der versicherten Person über die zu erwartende Leistung schriftlich Auskunft.

3. Kieferorthopädische Behandlung

(1) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

a) zahnärztliche Leistungen durch Vertragszahnärzte, die im Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte bzw. einem diesen ersetzenden Nachfolgevertrag, dem Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt sind, und

b) zahntechnische Leistungen, die in dem zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen vereinbarten bundeseinheitlichen Verzeichnis enthalten sind,

für eine kieferorthopädische Versorgung in den durch den Gemeinsamen Bundesausschuss medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.

(2) Leistungen kann nur eine versicherte Person beanspruchen, die bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die versicherte Person unter einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannten schweren Kieferanomalie leidet, die kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert.

(3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen werden bis zum 2,0fachen Gebührensatz der GOZ ersetzt. Nr. 1 Abs. 3 gilt entsprechend.

(4) Die erstattungsfähigen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen werden ersetzt auf der Grundlage der von den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und den Innungsverbänden der Zahntechniker vereinbarten Höchstpreise für zahntechnische Leistungen. Werden die zahntechnischen Leistungen von Zahnärzten erbracht, vermindern sich die entsprechenden Preise um 5 Prozent.

(5) Der Aufwendungsersatz ist zunächst begrenzt auf 80 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen. Er erhöht sich auf 90 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für das zweite und jedes weitere versicherte Kind, das sich gleichzeitig in kieferorthopädischer Behandlung befindet, bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und mit seinem Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt lebt. Ist die Behandlung in dem durch den Therapie- und Kostenplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen, ersetzt der Versicherer die erstattungsfähigen Restkosten.

(6) Leistungen werden nur erbracht, wenn die versicherte Person dem Versicherer vor Behandlungsbeginn einen Therapie- und Kostenplan vorlegt, der insbesondere umfassende Angaben zum Befund und zur geplanten Versorgung nach Art, Umfang und Kosten beinhaltet. Der Versicherer prüft den Plan und gibt der versicherten Person über die zu erwartende Leistung schriftlich Auskunft.

4. Selbstbehalt bei den Nummern 1 bis 3

Vom Erstattungsbetrag wird ein vertraglich vereinbarter Selbstbehalt abgezogen.

D. Stationäre Heilbehandlung

1. Krankenhausbehandlung

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen gemäß den Krankenhausbehandlungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in Krankenhäusern, die

a) nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind,

b) in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser) oder

c) einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben,

} (zugelassene Krankenhäuser)

wenn die versicherte Person ein solches Krankenhaus aufgrund einer ärztlichen Einweisung aufsucht. Wählt die versicherte Person ohne zwingenden Grund ein anderes als das in der Einweisung genannte Krankenhaus, sind die Mehrkosten von der versicherten Person selbst zu tragen. Aufwendungen für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus, die der Gemeinsame Bundesausschuss von der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen hat, werden nicht erstattet.

(2) Für stationäre Psychotherapie wird geleistet, wenn und soweit der Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

(3) Die Leistungen umfassen auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der versicherten Person, wenn und soweit der Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

(4) Erstattungsfähig sind außerdem die Aufwendungen für belegärztliche Leistungen in Krankenhäusern nach Absatz 1 bis zu den in Abschnitt A. Nr. 1 Abs. 2 und 3 genannten Höchstsätzen.

2. Stationäre medizinische Vorsorgeleistungen

(1) Reichen ambulante medizinische Vorsorgeleistungen nach Abschnitt A Nr. 10 nicht aus, sind Aufwendungen für Behandlung, Unterkunft und Verpflegung in Vorsorgeeinrichtungen, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben, erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

(2) Der Anspruch ist begrenzt auf höchstens drei Wochen, es sei denn eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Der Anspruch kann erst nach Ablauf von vier Jahren erneut geltend gemacht werden, es sei denn, vorzeitige Leistungen sind aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Die Vierjahresfrist wird durch einen zwischenzeitlichen Wechsel des Versicherers nicht berührt. Die versicherte Person ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über die Inanspruchnahme zu führen.

3. Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter

(1) Reichen ambulante medizinische Vorsorgeleistungen nach Abschnitt A Nr. 10 nicht aus, sind für versicherte Mütter und Väter auch Aufwendungen zur medizinischen Vorsorge in Form einer Mutter- bzw. Vater-Kind-Maßnahme in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung, die über einen Versorgungsvertrag mit einem Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung verfügt, erstattungsfähig.

(2) Abweichend von § 4 Abs. 4 MB/BT 2009 bestimmt der Versicherer aufgrund einer vorherigen schriftlichen Leistungszusage die Einrichtung sowie Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach pflichtgemäßem Ermessen anhand der medizinischen Erfordernisse des Einzelfalls.

(3) Der Anspruch ist begrenzt auf höchstens drei Wochen, es sei denn eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Der Anspruch kann erst nach Ablauf von vier Jahren erneut geltend gemacht werden, es sei denn, vorzeitige Leistungen sind aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Die Vierjahresfrist wird durch einen zwischenzeitlichen Wechsel des Versicherers nicht berührt. Die versicherte Person ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über die Inanspruchnahme zu führen.

4. Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation

(1) Reicht eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme nach Abschnitt A. Nr. 11 nicht aus, sind Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungs- und Rehabilitationsleistungen mit Unterkunft und Verpflegung in Einrichtungen, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben, erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

(2) Anschlussheilbehandlungen müssen in der Regel spätestens 14 Tage nach einer stationären Krankenhausbehandlung beginnen.

(3) Der Anspruch ist begrenzt auf höchstens drei Wochen, es sei denn eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Der Anspruch kann erst nach Ablauf von vier Jahren erneut geltend gemacht werden, es sei denn, vorzeitige Leistungen sind aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Die Vierjahresfrist wird durch einen zwischenzeitlichen Wechsel des Versicherers nicht berührt. Die versicherte Person ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über die Inanspruchnahme zu führen.

5. Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für versicherte Mütter und Väter in Form einer Mutter- bzw. Vater-Kind-Maßnahme in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung, die über einen Versorgungsvertrag mit einem Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung verfügt.

(2) Abweichend von § 4 Abs. 4 MB/BT 2009 bestimmt der Versicherer aufgrund einer vorherigen schriftlichen Leistungszusage die Einrichtung sowie Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach pflichtgemäßem Ermessen anhand der medizinischen Erfordernisse des Einzelfalls.

(3) Der Anspruch ist begrenzt auf höchstens drei Wochen, es sei denn eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Der Anspruch kann erst nach Ablauf von vier Jahren erneut geltend gemacht werden, es sei denn, vorzeitige Leistungen sind aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Die Vierjahresfrist wird durch einen zwischenzeitlichen Wechsel des Versicherers nicht berührt. Die versicherte Person ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über die Inanspruchnahme zu führen.

6. Umfang des Aufwendungsersatzes nach Nr. 1 bis 5

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für vereinbarte Selbstbehalte sowie für die folgenden Zuzahlungen und Begrenzungen vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt:

a) Zuzahlungen

Die Zuzahlung beträgt für versicherte Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 10 Euro je Kalendertag. Die Zuzahlungen bei Leistungen nach Abschnitt D. Nr. 1 sowie bei Anschlussheilbehandlungen nach Abschnitt D. Nr. 4, nicht jedoch bei Rehabilitationsmaßnahmen, sind begrenzt auf insgesamt 280 Euro je Kalenderjahr. Aufnahme- und Entlassungstag zählen als ein Tag.

b) Begrenzungen

Die erstattungsfähigen Leistungen sind begrenzt auf den Betrag, der für die Behandlung eines Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

7. Stationäre Hospizleistung

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der Gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.

(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

8. Stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für stationäre Kurzzeitpflege, sofern Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach Tarifteil A. 5 Absatz 1 Tarif uni-BT bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht ausreichen, um ein Verbleiben in der Häuslichkeit zu ermöglichen. Aufwendungen nach Satz 1 sind begrenzt auf acht Wochen je Kalenderjahr bis zu einem Gesamtbetrag von 1612 Euro. § 42 Sozialgesetzbuch Elftes Buch gilt entsprechend.

E. Fahrtkosten

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den Transport

a) zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus nach einem Unfall bzw. Notfall, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,

b) zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt oder Krankenhaus, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines Krankenwagens benötigt werden,

c) bei Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn diese aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Versicherers bei Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus,

d) für Fahrten zur ambulanten Krankenbehandlung in den nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten Fällen, wenn der Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für Zuzahlungen vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt, jedoch nicht mehr als der Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre. Die Zuzahlung beträgt 10 Euro je Transport.

F. Krankentagegeld

(1) Anspruchsberechtigt sind versicherte Personen, die bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit

a) als Arbeitnehmer gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,

b) Arbeitslosengeld beziehen,

c) Einkommen aus hauptberuflicher selbständiger oder freiberuflicher Erwerbstätigkeit beziehen, soweit sie Krankentagegeld gewählt haben.

(2) Arbeitsunfähigkeit 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.

(3) Für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit nach § 1 Abs. 4 MB/BT 2009 wird ab dem 43. Tag ein Krankentagegeld in folgender Höhe gezahlt:

a) bei Arbeitnehmern, Selbständigen und freiberuflich Tätigen nicht mehr als 70 Prozent des auf den Kalendertag umgerechneten Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Das aus dem Arbeitsentgelt berechnete Krankentagegeld darf 90 Prozent des Nettoeinkommens nicht übersteigen. Maßgebend ist das Nettoeinkommen der letzten zwölf Monate vor Eintritt des Versicherungsfalls. Bei Selbständigen und freiberuflich Tätigen gilt als Nettoeinkommen der Gewinn (§ 2 Abs. 2.1 Einkommensteuergesetz – siehe Anhang -) aus der im Versicherungsantrag bzw. nachträglich als Berufswechsel angegebenen Tätigkeit. Bei Arbeitnehmern werden Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit, die der Arbeitgeber bei der Lohn- oder Gehaltsfortzahlung berechtigterweise zusammengerechnet hat, bei der Ermittlung des Leistungsbeginns ebenfalls zusammengefasst,

b) bei Beziehern von Arbeitslosengeld nicht mehr als das bei Einstellung der Zahlungen durch die Bundesagentur für Arbeit bezogene kalendertägliche Arbeitslosengeld.

Bei versicherten Personen der Tarifstufe uni-BTB wird, sofern ein tariflicher Anspruch besteht, das Krankentagegeld auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

Die versicherte Person hat die Höhe des Nettoeinkommens bei jedem Antrag auf Zahlung von Krankentagegeld nachzuweisen.

(4) Die versicherte Person hat im Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit Anspruch auf Krankentagegeld für längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren, gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an. Zeiten, in denen die Zahlung von Krankentagegeld entsprechend § 49 SGB V (siehe Anhang) ruht, werden auf die Frist angerechnet. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, wird die Leistungsdauer nicht verlängert. Nach Ablauf des Dreijahreszeitraums lebt der Anspruch auf Krankentagegeld wieder auf, wenn die versicherte Person bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Krankentagegeld versichert ist und in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate nicht wegen dieser Krankheit arbeitsunfähig war und entweder erwerbstätig war oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stand.

(5) Versicherte Personen nach Absatz 1 Buchstabe a) haben ferner Anspruch auf Krankentagegeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und privat krankheitskostenvollversicherten 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. Anspruch besteht in jedem Kalenderjahr für jedes Kind längstens für 10 Arbeitstage, jedoch für nicht mehr als insgesamt 25 Arbeitstage. Bei allein erziehenden versicherten Personen besteht der Anspruch für jedes privat krankheitskostenvollversicherte Kind für längstens für 20 Arbeitstage, insgesamt für nicht mehr als 50 Arbeitstage je Kalenderjahr. Die zeitliche Begrenzung der Krankentagegeldzahlung entfällt, wenn das Kind 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 palliativ-medizinische Behandlung notwendig oder von einem Elternteil erwünscht ist und

c) die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.

(6) Der Anspruch nach Absatz 5 entfällt, wenn gegen den Arbeitgeber ein Anspruch auf bezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung besteht. Arbeitnehmer haben einen Nachweis ihres Arbeitgebers über unbezahlte Freistellung vorzulegen.

(7) Der Anspruch auf Krankentagegeld endet

a) mit dem Ende der Arbeitsunfähigkeit,

b) mit dem Ende der Bezugsdauer nach Absatz 4.

c) mit dem Ruhen der Leistungen nach § 8 Abs. 3 MB/BT 2009,

d) wenn die Voraussetzungen für den Bezug von Arbeitslosengeld aus einem anderen Grund als Arbeitsunfähigkeit nicht oder nicht mehr gegeben sind,

e) mit Beendigung der beruflichen Tätigkeit,

f) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 Prozent erwerbsunfähig ist,

g) mit dem Bezug von Alters-, Erwerbsminderungs-, Erwerbsunfähigkeits- oder Berufsunfähigkeitsrente und vergleichbarer beamtenrechtlicher Versorgungen, spätestens mit dem Erreichen des gesetzlichen Rentenalters der versicherten Person.

G. Mutterschaftsgeld

(1) Versicherte weibliche Personen haben Anspruch auf Mutterschaftsgeld wenn

a) sie bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankentagegeld haben oder

b) ihnen wegen der Mutterschutzfristen kein Arbeitsentgelt gezahlt wird oder

c) ihr Arbeitsverhältnis während der Schwangerschaft oder der Mutterschutzfrist nach der Entbindung nach Maßgabe von § 17 Abs. 2 Mutterschutzgesetz (siehe Anhang) aufgelöst worden ist.

(2) Das Mutterschaftsgeld wird in Höhe von höchstens 13 Euro je Kalendertag, bei versicherten Personen der Tarifstufe uni-BTB, sofern ein tariflicher Anspruch besteht, auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt, für die letzten sechs Wochen vor der Entbindung, den Entbindungstag und für die ersten acht Wochen, bei Mehrlings- und Frühgeburten für die ersten zwölf Wochen nach der Entbindung gezahlt. Die Auszahlung des Mutterschaftsgeldes erfolgt nach Vorlage eines Nachweises über die erfolgte Entbindung.

H. Auslandsbehandlung

(1) Soweit in den folgenden Absätzen nichts anderes vorgesehen ist, ruht der Leistungsanspruch, solange die versicherte Person sich im Ausland aufhält.

(2) Bei vorübergehendem Aufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes sowie in der Schweiz sind erstattungsfähig die Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung durch Leistungserbringer im Sinne von § 4 Abs. 2 MB/BT 2009, die aufgrund einer EG-Richtlinie approbiert oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung zugelassen sind. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 80 Prozent ersetzt, jedoch nicht mehr als die Vergütung, die bei Behandlung im Inland angefallen wäre.

(3) Für stationäre Heilbehandlungen in einem der in Absatz 2 Satz 1 genannten Staaten werden die erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt, wenn und soweit der Versicherer eine vorherige schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

(4) Aufwendungen für eine während eines vorübergehenden Aufenthaltes in einem anderen als einem der in Absatz 2 Satz 1 genannten Staaten medizinisch notwendige Heilbehandlung, die auch im Inland möglich wäre, sind nur erstattungsfähig, wenn der versicherten Person wegen einer Vorerkrankung oder wegen ihres Alters der Abschluss einer Auslandsreisekrankenversicherung nicht möglich ist und dies dem Versicherer vor Beginn der Reise nachgewiesen worden ist. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 Prozent ersetzt, jedoch nicht mehr als die Vergütung, die bei Behandlung im Inland angefallen wäre. Der Anspruch besteht für längstens sechs Wochen im Kalenderjahr. Keine Erstattung erfolgt, wenn sich die versicherte Person zur Behandlung ins Ausland begibt.

(5) Kosten eines Rücktransportes aus dem Ausland sind nicht erstattungsfähig.

(6) Der Anspruch auf Krankentagegeld ruht während eines Auslandsaufenthaltes, es sei denn, dass die versicherte Person sich nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit mit Zustimmung des Versicherers im Ausland aufhält.

I. Digitale Gesundheitsanwendungen

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die

a) vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V (siehe Anhang) aufgenommen wurden und

b) nach Verordnung des behandelnden Vertragsarztes oder des behandelnden Psychotherapeuten gemäß § 4 Abs. 2 MB/BT 2009 angewendet werden.

(2) Der Anspruch gemäß Absatz 1 umfasst ausschließlich die Aufwendungen für den Erwerb der Nutzungsrechte an der Software. Nicht umfasst sind Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.

(3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für eine Zuzahlung vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt, jedoch nicht mehr als der Betrag, der für einen Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

J. Zuzahlungen und Selbstbehalte

(1) Bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages werden zunächst tariflich vorgesehene Zuzahlungen abgezogen. Auszahlungen erfolgen nach Überschreiten eines vereinbarten Selbstbehalts.

(2) Bei der Ermittlung eines Selbstbehalts werden die Aufwendungen dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem der Leistungserbringer in Anspruch genommen, die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen worden sind.

(3) Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird ein Selbstbehalt für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat gemindert. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindert sich ein Selbstbehalt nicht.

(4) In der Tarifstufe uni-BTB entfallen tarifliche Zuzahlungen, soweit diese bei der Bemessung der Beihilfe Berücksichtigung finden.

(5) Der Versicherer erfasst kalenderjährlich die bei den Versicherungsleistungen in Abzug gebrachten Zuzahlungen. Weist der Versicherungsnehmer nach, dass die Summe der Abzüge die für ihn geltende Belastungsgrenze gemäß § 62 SGB V (siehe Anhang) übersteigt, leistet der Versicherer entsprechende Nachzahlungen.

KVB-826 07.17

Besondere Bedingungen für die befristete Leistungsstufe 20% (R-Stufe) im Basistarif Tarifstufe uni-BTB/BTB

gültig ab 01.07.2017

Neben den nachfolgenden Besonderen Bedingungen gelten die Vereinbarungen über die Versicherung im Basistarif Tarifstufe uni-BTB/BTB mit einem Erstattungssatz von 30 Prozent und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Basistarif und Tarif uni-BT/Tarif BT (AVB/BT 2009), soweit sich aus diesen nachfolgenden Besonderen Bedingungen keine Abweichungen ergeben.

1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

1.1 Aufnahme- und versicherungsfähig sind die in Abschnitt A. Abs. 3 AVB/BT 2009 genannten Personen, bei denen der Versorgungsfall noch nicht eingetreten ist, die das 67. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und deren Beihilfebemessungssatz sich mit Eintritt des Versorgungsfalls von 50 auf 70 Prozent erhöht.

1.2 Voraussetzung für den Abschluss eines Versicherungsvertrages nach den Besonderen Bedingungen ist ein bestehender oder gleichzeitig abzuschließender Versicherungsvertrag im Basistarif, Tarifstufe uni-BTB/BTB mit einem Erstattungssatz von 30 Prozent.

1.3 Entfällt die Versicherungsfähigkeit nach Vertragsabschluss, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten mitzuteilen.

2 Höhe der tariflichen Leistung

Es gilt ein Erstattungssatz von 20 Prozent.

3 Ende der Versicherung

3.1 Das Versicherungsverhältnis nach den Besonderen Bedingungen endet unbeschadet des Abschnitts B. §§ 13 bis 15 AVB/BT 2009 mit Ablauf des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit nach Ziffer 1 nicht mehr gegeben ist.

3.2 Fällt die Versicherungsfähigkeit weg, weil sich bei Eintritt des Versorgungsfalls der Beihilfebemessungssatz nicht von 50 auf 70 Prozent erhöht, wird das Versicherungsverhältnis vom Beginn des Folgemonats an im Basistarif, Tarifstufe uni-BTB/BTB mit einem Erstattungssatz von 50 Prozent fortgesetzt. Erworbene Rechte werden hierbei angerechnet. Beihilfebemessungssatz und Erstattungssatz dürfen insgesamt 100 Prozent nicht überschreiten.

KVB-827 07.17

Besondere Bedingungen für Ausbildungszeiten (BBA) im Basistarif Tarifstufe uni-BTN/BTN

gültig ab 01.07.2017

Neben den nachfolgenden Besonderen Bedingungen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Basistarif und Tarif uni-BT/ Tarif BT (AVB/BT 2009), soweit sich aus diesen nachfolgenden Besonderen Bedingungen keine Abweichungen ergeben.

1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

1.1 Aufnahme- und versicherungsfähig sind Personen, die zu den in Abschnitt A. Abs. 2 AVB/BT 2009 genannten Personenkreisen gehören, das 21. Lebensjahr, aber noch nicht das 39. Lebensjahr vollendet haben und in der Berufsausbildung stehen oder Schüler oder Studenten sind und keine Vergütung – mit Ausnahme von Ausbildungsvergütungen – erhalten.

1.2 Entfällt die Versicherungsfähigkeit nach Vertragsabschluss, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten mitzuteilen.

2 Beitragshöhe

2.1 Die Höhe des Tarifbeitrags richtet sich nach dem vereinbarten Versicherungsumfang, dem tariflichen Lebensalter der Person und dem Geschlecht. Dies gilt in Ansehung des Geschlechts nur für Verträge des Basistarifs, deren Beiträge geschlechtsabhängig erhoben werden. Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem laufenden Kalenderjahr, in dem der Versicherungsvertrag zu den Besonderen Bedingungen besteht, und dem Geburtsjahr. Von dem auf die Vollendung des 25., 30. und 35. tariflichen Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für die nächsthöhere Altersgruppe zu entrichten. Rückstellungen für das Alter werden nicht angespart.

2.2 Die Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragsanpassung im Sinne von Abschnitt B. § 8b AVB/BT 2009. Im Übrigen bleiben die Bestimmungen des Abschnitts B. § 8b AVB/BT 2009 zu den Beitragsanpassungen unberührt.

2.3 Abschnitt B. § 8a Abs. 8 AVB/BT 2009 findet keine Anwendung.

3 Ende der Versicherung

3.1 Das Versicherungsverhältnis nach den Besonderen Bedingungen endet unbeschadet des Abschnitts B. §§ 13 bis 15 AVB/BT 2009 mit Ablauf des Monats, in dem

a) die Versicherungsfähigkeit nach Ziffer 1 nicht mehr gegeben ist oder

b) die Ausbildung, der Schulbesuch oder das Studium mehr als sechs Monate unterbrochen wird.

3.2 Nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses nach den Besonderen Bedingungen wird das Versicherungsverhältnis vom Beginn des Folgemonats an in der Tarifstufe uni-BTN/BTN fortgeführt, wenn Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit nach Abschnitt A. Abs. 2 AVB/BT 2009 weiterhin vorliegen. Für die Höhe des Beitrags ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte tarifliche Lebensalter maßgebend.

KVB-828 07.17

Besondere Bedingungen für Ausbildungszeiten (BBA) im Basistarif Tarifstufe uni-BTB/BTB

gültig ab 01.07.2017

Neben den nachfolgenden Besonderen Bedingungen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Basistarif und Tarif uni-BT/ Tarif BT (AVB/BT 2009), soweit sich aus diesen nachfolgenden Besonderen Bedingungen keine Abweichungen ergeben.

1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

1.1 Aufnahme- und versicherungsfähig sind die in Abschnitt A. Abs. 3 AVB/ BT 2009 genannten Personen, die das 21. Lebensjahr, aber noch nicht das 39. Lebensjahr vollendet haben und

a) sich in einer Ausbildung zu einem Beamtenberuf befinden (Anwärter, Referendare, Vikare) und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag – mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen – erhalten oder

b) bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige oder beihilfeberechtigte Studenten und Schüler sind, die keine Vergütung erhalten.

1.2 Entfällt die Versicherungsfähigkeit nach Vertragsabschluss, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten mitzuteilen.

2 Beitragshöhe

2.1 Die Höhe des Tarifbeitrags richtet sich nach dem vereinbarten Versicherungsumfang, dem tariflichen Lebensalter der Person und dem Geschlecht. Dies gilt in Ansehung des Geschlechts nur für Verträge des Basistarifs, deren Beiträge geschlechtsabhängig erhoben werden. Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem laufenden Kalenderjahr, in dem der Versicherungsvertrag zu den Besonderen Bedingungen besteht, und dem Geburtsjahr. Von dem auf die Vollendung des 25., 30. und 35. tariflichen Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für die nächsthöhere Altersgruppe zu entrichten. Rückstellungen für das Alter werden nicht angespart.

2.2 Die Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragsanpassung im Sinne von Abschnitt B. § 8b AVB/BT 2009. Im Übrigen bleiben die Bestimmungen des Abschnitts B. § 8b AVB/BT 2009 zu den Beitragsanpassungen unberührt.

2.3 Abschnitt B. § 8a Abs. 8 AVB/BT 2009 findet keine Anwendung.

3 Ende der Versicherung

3.1 Das Versicherungsverhältnis nach den Besonderen Bedingungen endet unbeschadet des Abschnitts B. §§ 13 bis 15 AVB/BT 2009 mit Ablauf des Monats, in dem

a) die Versicherungsfähigkeit nach Ziffer 1 nicht mehr gegeben ist oder

b) die Ausbildung, der Schulbesuch oder das Studium mehr als sechs Monate unterbrochen wird.

3.2 Nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses nach den Besonderen Bedingungen wird das Versicherungsverhältnis vom Beginn des Folgemonats an in der Tarifstufe uni-BTB/BTB fortgeführt, wenn Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit nach Abschnitt A. Abs. 3 AVB/BT 2009 weiterhin vorliegen. Für die Höhe des Beitrags ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte tarifliche Lebensalter maßgebend.

	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
	I. Inhalationen	
001	Inhalationstherapie als Einzelbehandlung - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 5 bis 30 Minuten	5,12
	II. Krankengymnastik	
002	Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage) als Einzelbehandlung - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 25 Minuten	16,29
003	Krankengymnastik in einer Gruppe mit 2-5 Patienten Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	4,55
004	Krankengymnastik in einer Gruppe bei cerebral bedingten Funktionsstörungen für Kinder bis 14 Jahre (2-4 Kinder) Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	9,56
005	Krankengymnastik (Atemtherapie) zur Behandlung von Mukoviscidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 60 Minuten	48,66
006	Krankengymnastik im Bewegungsbad als Einzelbehandlung einschl. der erforderlichen Nachruhe Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	17,88
007	Krankengymnastik im Bewegungsbad in einer Gruppe (2-3 Patienten) einschl. der erforderlichen Nachruhe - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	13,22
008	Krankengymnastik im Bewegungsbad in einer Gruppe (4-5 Patienten) einschl. der erforderlichen Nachruhe - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	7,06
009	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät): Parallele Einzelbehandlung bis zu 3 Patienten - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 60 Minuten je Patient	30,84
010	Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nach Bobath als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 30 bis 45 Minuten	29,45
011	Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nach Vojta als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 30 bis 45 Minuten	29,45
012	Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres nach Bobath als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 25 bis 35 Minuten	22,90
013	Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres nach Vojta als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 25 bis 35 Minuten	22,90
014	Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres nach PNF als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 25 bis 35 Minuten	22,90
015	Manuelle Therapie - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 25 Minuten	18,26
	III. Bewegungstherapie	
016	Übungsbehandlung als Einzelbehandlung - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	6,75
017	Übungsbehandlung in einer Gruppe mit 2-5 Patienten Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	4,55
018	Übungsbehandlung im Bewegungsbad als Einzelbehandlung einschl. der erforderlichen Nachruhe Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	18,25
019	Übungsbehandlung im Bewegungsbad in einer Gruppe (2-3 Patienten) einschl. der erforderlichen Nachruhe Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	13,56
020	Übungsbehandlung im Bewegungsbad in einer Gruppe (4-5 Patienten) einschl. der erforderlichen Nachruhe Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	9,09
021	Chirogymnastik (Funktionelle Wirbelsäulengymnastik) Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 20 Minuten	11,67

IV. Massagen

022	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile – Klassische Massagetherapie (KMT) Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 20 Minuten	11,13
023	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile – Bindegewebsmassage (BGM) Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	10,88
024	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile – Segment-, Periost-, Colonmassage Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 20 Minuten	10,87
025	Unterwasserdruckstrahlmassage einschl. der erforderlichen Nachruhe Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 20 Minuten	18,62

V. Manuelle Lymphdrainage

026	Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
	a) Teilbehandlung - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 30 Minuten	16,79
	b) Großbehandlung - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 45 Minuten	24,82
	c) Ganzbehandlung - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 60 Minuten	39,79
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität	7,41

VI. Wärme- und Kältetherapie

027	Heiße Rolle - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 15 Minuten	8,02
028	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	9,06
029	Wärmeanwendung mittels Strahler eines oder mehrerer Körperteile Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	3,39
030	Ultraschall-Wärmetherapie Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,82
031	Bäder mit Peloiden z.B. Fango, Schlick oder Moor Vollbad Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 45 Minuten	33,23
032	Bäder mit Peloiden z.B. Fango, Schlick oder Moor Teilbad Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 45 Minuten	25,13
033	Kältetherapie eines oder mehrerer Körperteile Regelbehandlungszeit: Richtwert: 5 bis 10 Minuten	7,17

VII. Elektrotherapie

034	Elektrotherapie/-behandlung einzelner oder mehrerer Körperteile Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	4,69
035	Elektrostimulation bei Lähmungen Regelbehandlungszeit: Richtwert: je Muskelnerveinheit 5 bis 10 Minuten	10,46
036	Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad) Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	16,22
037	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei-/Vierzellenbad) Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,11
038	Kohlensäurebad Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	15,92
039	Kohlensäuregasbad (CO2-Trockenbad) als Voll-, Dreiviertel- oder Halbbad Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	15,92
040	Kohlensäuregasbad (CO2-Trockenbad) als Teilbad Regelbehandlungszeit: Richtwert: 45 bis 60 Minuten	15,92

VIII. Traktionsbehandlung

041	Traktionsbehandlung mit Gerät als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	4,83

IX. Standardisierte Kombination von Maßnahmen der Physiotherapie

042	Standardisierte Heilmittelkombination Regelbehandlungszeit: 60 Minuten	36,11

X. Sonstige Leistungen

043	Verwaltungsaufwand für Therapeut-Arzt-Bericht (einmal je Verordnung)	0,70
044	Hausbesuch inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	11,53
045	Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale) je Patient	6,25

XI. Leistungen außerhalb der Heilmittelversorgung

046	Unterweisung zur Geburtsvorbereitung Regelbehandlungszeit: Unterweisungsdauer: 60 Minuten, maximal 14 Stunden	6,80
047	Rückbildungsgymnastik Regelbehandlungszeit: Unterweisungsdauer: 60 Minuten, maximal 10 Stunden	6,80

XII. Logopädie

048	Logopädische Erstbefundung (einmal je Behandlungsfall)	75,86
051	Logopädische Einzelbehandlung	
	a) Therapiezeit 25 bis 35 Minuten	29,46
	b) Therapiezeit 40 bis 50 Minuten	40,52
	c) Therapiezeit 55 bis 65 Minuten	50,18
052	Logopädische Gruppenbehandlung	
	a) Gruppe mit bis zu 2 Patienten – Regelbehandlungszeit: 45 Min., je Teilnehmer	36,54
	b) Gruppe mit 3 bis 5 Patienten – Regelbehandlungszeit: 45 Min., je Teilnehmer	22,95
	c) Gruppe mit bis zu 2 Patienten – Regelbehandlungszeit: 90 Min., je Teilnehmer	66,05
	d) Gruppe mit 3 bis 5 Patienten – Regelbehandlungszeit: 90 Min., je Teilnehmer	40,06

XIII. sonstige Leistungen

053	Ärztlich verordneter Hausbesuch inkl. Wegegeld oder	13,02
057	Wegegeld je Kilometer	0,30

XIV. Ergotherapie

058	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei motorisch-funktionellen Störungen Regelbehandlungszeit: Richtwert: 30 bis 45 Minuten	28,18
059	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung mit 3-5 Patienten bei motorisch-funktionellen Störungen Regelbehandlungszeit: Richtwert: je Muskelnerveinheit 30 bis 45 Minuten	10,76
060	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen Regelbehandlungszeit: Richtwert: 45 bis 60 Minuten	37,03
061	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung mit 3-5 Patienten bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen Regelbehandlungszeit: Richtwert: 45 bis 60 Minuten	13,90
062	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/neurophysiologisch orientierte Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 30 bis 45 Minuten	31,18
063	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung mit 3-5 Patienten Regelbehandlungszeit: Richtwert: 45 bis 60 Minuten	13,90
064	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen Regelbehandlungszeit: Richtwert: 60 bis 75 Minuten	47,33
065	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 120 bis 150 Minuten	86,51
066	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung mit 3-5 Patienten bei psychisch-funktionellen Störungen Regelbehandlungszeit: Richtwert: 90 bis 120 Minuten	25,61
067	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung mit 3-5 Patienten bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 180 bis 240 Minuten	47,42
068	Thermische Anwendungen – Wärme oder Kälte (nur zusätzliche neben 058 und 060)	4,30
069	Ergotherapeutische temporäre Schiene – ohne Kostenvoranschlag	bis 150,00
070	Ergotherapeutische temporäre Schiene mit Kostenvoranschlag	
071	Ergotherapeutische Funktionsanalyse (einmal bei Behandlungsbeginn)	20,97
072	Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld (einmal je Behandlungsfall) zzgl. Kilometergeld von 0,30 €	87,69
073	Verwaltungsaufwand für Therapeut-Arzt-Bericht (einmal je Verordnung)	0,62
074	Hausbesuch inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	12,17
075	Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale) je Patient	7,40
076	Wegegeld je gefahrenen Kilometer (Diese Position kann nur einmal in Verbindung mit der Nr. 072 berechnet werden)	0,30

XV. Podologie

077	Hornhautabtragung/-bearbeitung eines Fußes Richtwert: 10 bis 20 Minuten	13,15
078	Hornhautabtragung/-bearbeitung beider Füße Richtwert: 20 bis 30 Minuten	18,50
079	Nagelbearbeitung eines Fußes Richtwert: 10 bis 20 Minuten	13,15
080	Nagelbearbeitung beider Füße Richtwert: 20 bis 25 Minuten	17,40
081	Podologische Komplexbehandlung eines Fußes (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) Richtwert: 20 bis 30 Minuten	18,50
082	Podologische Komplexbehandlung beider Füße (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) Richtwert: 40 bis 50 Minuten	28,50
083	Hausbesuch inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	9,80

KVB-822 12.12

Besondere Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung im Basistarif

BB AWV zum Tarif uni-BT / Tarif BT

1. Allgemeines

Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2009 für den Basistarif (MB/BT und Tarif uni-BT / Tarif BT), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

2. Voraussetzungen

2.1 Die Anwartschaftsversicherung kann nur mit Wirkung zum unmittelbaren Anschluss an eine Versicherung im Basistarif beim gleichen Unternehmen und nur in den in Nr. 2.2 genannten Fällen abgeschlossen werden.

2.2 Versicherungsberechtigt sind Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig oder im Rahmen der Familienversicherung versichert werden, die Anspruch auf Heilfürsorge aus einem öffentlichen Dienstverhältnis erwerben oder die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland aufgeben.

2.3 Die Anwartschaftsversicherung endet, wenn die Voraussetzungen nach Nr. 2.2 nicht mehr vorliegen. Die Versicherung wird ab diesem Zeitpunkt im Basistarif fortgeführt. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich Mitteilung von einer Änderung der Voraussetzungen nach Nr. 2.2 zu machen. Kommt er dieser Verpflichtung nicht nach, kann für zwischenzeitlich entstandene Zeiten der Nichtversicherung eine erneute Gesundheitsprüfung durchgeführt und der Prämienzuschlag gemäß § 193 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz – VVG – (siehe Anhang) erhoben werden.

3. Beiträge

3.1 Für jede versicherte Person ist ein Monatsbeitrag in Höhe von 5 % des in der bisher gewählten Tarif- sowie Selbstbehaltstufe im Basistarif zuletzt entrichteten Beitrags zu zahlen. Ist der Beitrag wegen Hilfebedürftigkeit gemäß § 8a Abs. 6 MB/BT vermindert und fällt die Hilfebedürftigkeit während der Anwartschaftsversicherung weg, wird der Beitrag ab dem Wegfall der Hilfebedürftigkeit, auf den ungekürzten Betrag heraufgesetzt.

3.2 Bei einer Änderung der Beiträge in dem der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden Basistarif gemäß § 8b MB/BT werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung zum selben Zeitpunkt neu festgesetzt.

3.3 Bei Wiederaufleben der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden Versicherung im Basistarif ist für jede versicherte Person der Neugeschäftsbeitrag zum dann erreichten tariflichen Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeträge aus der Versicherungszeit vor der Anwartschaftsversicherung zu zahlen, maximal jedoch der dann gültige Höchstbeitrag.

4. Leistungen

Für die Dauer der Anwartschaft besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

5. Ansprüche aus der Anwartschaftsversicherung

Durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, bei Wegfall der Voraussetzungen gemäß Nr. 2.2 unter den Bedingungen der Nr. 2.3 die Versicherung im Basistarif ohne erneute Gesundheitsprüfung in Kraft zu setzen. Alle während der Anwartschaftsversicherung eingetretenen Krankheiten und Unfallfolgen sind nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2009 für den Basistarif in den Versicherungsschutz eingeschlossen.

Mit Inkraftsetzen der Versicherung im Basistarif bestimmt sich der Übertragungswert nach der Höhe, die er bei Beendigung der Versicherung im Basistarif erreicht hat.

Die Zeit der Anwartschaftsversicherung wird auf den Lauf von Fristen im Basistarif angerechnet, nicht jedoch auf die Mindestvertragsdauer von 18 Monaten gemäß § 13 Abs. 1 Satz 1 MB/BT 2009.

6. Ende der Anwartschaftsversicherung

6.1 Kündigung

6.1.1 Der Versicherungsnehmer kann die Anwartschaftsversicherung mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Versicherungsjahres kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

6.1.2 Der Versicherer verzichtet in der Anwartschaftsversicherung auf das ordentliche Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

6.2 Die Anwartschaftsversicherung endet ferner gemäß Nr. 2.3.

6.3 Sonstige Beendigungsgründe

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

Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit die Anwartschaftsversicherung.

7. Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung

Für eine Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung im Basistarif gilt § 18 MB/BT.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Gesetzestexte

Auszug aus dem:
Versicherungsvertragsgesetz (VVG),
Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG),
Lebenspartnerschaftsgesetz,
Bundesversorgungsgesetz (BVG),
Sozialgesetzbuch (SGB),
Pflegezeitgesetz (PflegeZG),
Familienpflegezeitgesetz (FPfZG),
Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG),
Krankenversicherungsaufsichtsverordnung(KVAV),
Einkommensteuergesetz (EStG),
Mutterschaftsgesetz (MuSchG)
Bundesbeihilfeverordnung (BBhV),
Zweites Buch über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989),
Entwicklungshelfer-Gesetz (EhfG),
Gesetz über die Rechtsstellung der Soldaten (Soldatengesetz – SG)
Auszug aus der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) und aus den Paragrafen

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

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

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

§ 19 Anzeigepflicht

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

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

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

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

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

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder

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

3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder

4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten 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.

(4) Wird der Vertragsabschluss später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht nach Absatz 3 Satz 1 beantragt, ist ein Prämienzuschlag zu entrichten. Dieser beträgt einen Monatsbeitrag für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel eines Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war. Der Prämienzuschlag ist einmalig zusätzlich zur laufenden Prämie zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Prämienzuschlages verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag ist zu verzinsen. Wird der Vertragsabschluss bis zum 31. Dezember 2013 beantragt, ist kein Prämienzuschlag zu entrichten. Dies gilt für bis zum 31. Juli 2013 abgeschlossene Verträge für noch ausstehende Prämienzuschläge nach Satz 1 entsprechend.

(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.

§ 194 Anzuwendende Vorschriften

(2) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, ist § 86 Abs. 1 und 2 entsprechend anzuwenden.

§ 195 Versicherungsdauer

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

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

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

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

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

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

§ 203 Prämien- und Bedingungsanpassung

(2) Ist bei einer Krankenversicherung das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung einer für die Prämienkalkulation maßgeblichen Rechnungsgrundlage berechtigt, die Prämie entsprechend den berichtigten Rechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die technischen Berechnungsgrundlagen überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat. Dabei dürfen auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden, soweit dies vereinbart ist. Maßgebliche Rechnungsgrundlagen im Sinn der Sätze 1 und 2 sind die Versicherungsleistungen und die Sterbewahrscheinlichkeiten. Für die Änderung der Prämien, Prämienzuschläge und Selbstbehalte sowie ihre Überprüfung und Zustimmung durch den Treuhänder gilt § 155 in Verbindung mit einer auf Grund des § 160 des Versicherungsaufsichtsgesetzes erlassenen Rechtsverordnung.

§ 204 Tarifwechselrecht

(1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser

1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will,

höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen; der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich, wenn

a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder

b) der Versicherungsnehmer 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 oder

c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 1. Juli 2009 beantragt wurde;

ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen;

2. bei einer Kündigung des Vertrags und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags, der ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, bei einem anderen Krankenversicherer

a) die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde;

b) bei einem Abschluss eines Vertrags im Basistarif die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und die Kündigung vor dem 1. Juli 2009 erfolgte.

Soweit die Leistungen in dem Tarif, aus dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als im Basistarif, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die Vereinbarung eines Zusatztarifes verlangen, in dem die über den Basistarif hinausgehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist. Auf die Ansprüche nach den Sätzen 1 und 2 kann nicht verzichtet werden.

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

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

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

Auszug aus dem Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) und aus den Paragrafen

§ 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

1. die Prämien auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstafeln und anderen einschlägigen statistischen Daten zu berechnen sind, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit, zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos und zur Stornowahrscheinlichkeit sowie unter Berücksichtigung von Sicherheits- und sonstigen Zuschlägen sowie eines Rechnungszinses,

2. die Alterungsrückstellung nach § 341f des Handelsgesetzbuchs zu bilden ist,

3. in dem Versicherungsvertrag das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsunternehmens ausgeschlossen sein muss, in der Krankentagegeldversicherung spätestens ab dem vierten Versicherungsjahr, sowie eine Erhöhung der Prämien vorbehalten sein muss,

4. dem Versicherungsnehmer in dem Versicherungsvertrag das Recht auf Vertragsänderungen durch Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung einzuräumen ist,

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

6. dem Interessenten vor Abschluss des Vertrags ein amtliches Informationsblatt der Bundesanstalt auszuhändigen ist, welches über die verschiedenen Prinzipien der gesetzlichen sowie der privaten Krankenversicherung aufklärt; der Empfang des Informationsblattes ist von dem Interessenten zu bestätigen.

§ 150 Gutschrift zur Alterungsrückstellung; Direktgutschrift

(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.

§ 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.

§ 158 Besondere Anzeigepflichten in der Krankenversicherung; Leistungen im Basis- und Notlagentarif

(2) Der Verband der privaten Krankenversicherung wird damit beliehen, Art, Umfang und Höhe der Leistungen im Basistarif nach Maßgabe des § 152 Absatz 1 und im Notlagentarif nach Maßgabe des § 153 Absatz 1 festzulegen. Die Fachaufsicht übt das Bundesministerium der Finanzen aus.

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz und aus dem Paragraf

§ 1 Lebenspartnerschaft

(1) Nach dem 30. September 2017 können Lebenspartnerschaften zwischen zwei Personen gleichen Geschlechts nicht mehr begründet werden. Dieses Gesetz gilt für

1. vor dem 1. Oktober 2017 in der Bundesrepublik Deutschland begründete Lebenspartnerschaften und

2. im Ausland begründete Lebenspartnerschaften, soweit auf sie deutsches Recht anwendbar ist.

§ 35 Pflegezulage

(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 376 Euro (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 sind Beschädigte, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muß, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Ist die Gesundheitsstörung so schwer, daß sie dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege erfordert, so ist die Pflegezulage je nach Lage des Falles unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 642, 916, 1.174, 1.524 oder 1.876 EUR (Stufen II, III, IV, V und VI) zu erhöhen. Für die Ermittlung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage sind die in der Verordnung zu § 30 Abs. 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.

(2) Wird fremde Hilfe im Sinne des Absatzes 1 von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrages geleistet und übersteigen die dafür aufzuwendenden angemessenen Kosten den Betrag der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wird die Pflegezulage um den übersteigenden Betrag erhöht. Leben Beschädigte mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft, ist die Pflegezulage so zu erhöhen, dass sie nur ein Viertel der von ihnen aufzuwendenden angemessenen Kosten aus der pauschalen Pflegezulage zu zahlen haben und ihnen mindestens die Hälfte der pauschalen Pflegezulage verbleibt. In Ausnahmefällen kann der verbleibende Anteil bis zum vollen Betrag der pauschalen Pflegezulage erhöht werden, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder ein Elternteil von Pflegezulageempfängern mindestens der Stufe V neben den Dritten in außergewöhnlichem Umfang zusätzliche Hilfe leisten. Entstehen vorübergehend Kosten für fremde Hilfe, insbesondere infolge Krankheit der Pflegeperson, ist die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen über Satz 2 hinaus so zu erhöhen, dass den Beschädigten die pauschale Pflegezulage in derselben Höhe wie vor der vorübergehenden Entstehung der Kosten verbleibt. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder Elternteil nicht nur vorübergehend keine Pflegeleistungen erbringt; § 40a Abs. 3 Satz 3 gilt.

(3) Während einer stationären Behandlung wird die Pflegezulage nach den Absätzen 1 und 2 Empfängern von Pflegezulage nach den Stufen I und II bis zum Ende des ersten, den übrigen Empfängern von Pflegezulage bis zum Ablauf des zwölften auf die Aufnahme folgenden Kalendermonats weitergezahlt.

(4) Über den in Absatz 3 bestimmten Zeitpunkt hinaus wird die Pflegezulage während einer stationären Behandlung bis zum Ende des Kalendermonats vor der Entlassung nur weitergezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte erhalten ein Viertel der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder der Elternteil bis zum Beginn der stationären Behandlung zumindest einen Teil der Pflege wahrgenommen hat. Daneben wird die Pflegezulage in Höhe der Kosten weitergezahlt, die aufgrund eines Pflegevertrages entstehen, es sei denn, die Kosten hätten durch ein den Beschädigten bei Abwägung aller Umstände zuzumutendes Verhalten, insbesondere durch Kündigung des Pflegevertrages, vermieden werden können. Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III erhalten, soweit eine stärkere Beteiligung der schon bis zum Beginn der stationären Behandlung unentgeltlich tätigen Pflegeperson medizinisch erforderlich ist, abweichend von Satz 2 ausnahmsweise Pflegezulage bis zur vollen Höhe nach Absatz 1, in Fällen des Satzes 3 jedoch nicht über den nach Absatz 2 Satz 2 aus der pauschalen Pflegezulage verbleibenden Betrag hinaus.

(5) Tritt Hilflosigkeit im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 gleichzeitig mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung oder während einer stationären Behandlung ein, besteht für die Zeit vor dem Kalendermonat der Entlassung kein Anspruch auf Pflegezulage. Für diese Zeit wird eine Pflegebeihilfe gezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte, die mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft leben, erhalten eine Pflegebeihilfe in Höhe eines Viertels der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I. Soweit eine stärkere Beteiligung der Ehegatten, Lebenspartner oder eines Elternteils oder die Beteiligung einer Person, die den Beschädigten nahesteht, an der Pflege medizinisch erforderlich ist, kann in begründeten Ausnahmefällen eine Pflegebeihilfe bis zur Höhe der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I gezahlt werden.

(6) Für Beschädigte, die infolge der Schädigung dauernder Pflege im Sinne des Absatzes 1 bedürfen, werden, wenn geeignete Pflege sonst nicht sichergestellt werden kann, die Kosten der nicht nur vorübergehenden Heimpflege, soweit sie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich notwendiger Pflege umfassen, unter Anrechnung auf die Versorgungsbezüge übernommen. Jedoch ist den Beschädigten von ihren Versorgungsbezügen zur Bestreitung der sonstigen Bedürfnisse ein Betrag in Höhe der Beschädigtengrundrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 und den Angehörigen ein Betrag mindestens in Höhe der Hinterbliebenenbezüge zu belassen, die ihnen zustehen würden, wenn Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben wären. Bei der Berechnung der Bezüge der Angehörigen ist auch das Einkommen der Beschädigten zu berücksichtigen, soweit es nicht ausnahmsweise für andere Zwecke, insbesondere die Erfüllung anderer Unterhaltspflichten, einzusetzen ist.

Auszug aus den Sozialgesetzbüchern (SGB) und aus den Paragrafen

§ 26 SGB III
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, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder von einem Träger der medizinischen Rehabilitation Übergangsgeld beziehen,

2. von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen Krankentagegeld beziehen,

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

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

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

wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren 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.

§ 345 SGB III
Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherungspflichtiger

Als beitragspflichtige Einnahme gilt bei Personen,

1. die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, ein Arbeitsentgelt in Höhe von einem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße,

2. die als Wehrdienstleistende oder als Zivildienstleistende versicherungspflichtig sind (§ 25 Abs. 2 Satz 2, § 26 Abs. 1 Nr. 2), ein Betrag in Höhe von 40 Prozent der monatlichen Bezugsgröße,

3. die als Gefangene versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe von 90 Prozent der Bezugsgröße,

4. die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden, ein Entgelt in Höhe der gewährten Geld- und Sachbezüge,

5. die als Bezieherinnen oder Bezieher von Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld versicherungspflichtig sind, 80 Prozent des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 Prozent des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind; bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung ist das dem Krankengeld zugrunde liegende Einkommen nicht zu berücksichtigen,

5a. die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen; wird Krankengeld in Höhe der Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch gezahlt, gilt Nummer 5,

5b. die Krankengeld nach § 45 Absatz 1 des Fünften Buches oder Verletztengeld nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches in Verbindung mit § 45 Absatz 1 des Fünften Buches beziehen, 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts oder des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitseinkommens,

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

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

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

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

8. die als Pflegepersonen versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b), ein Arbeitsentgelt in Höhe von 50 Prozent der monatlichen Bezugsgröße; dabei ist die Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet maßgebend, wenn der Tätigkeitsort im Beitrittsgebiet liegt.

§ 347 SGB III
Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

Die Beiträge werden getragen

1. für Personen, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die eine Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, vom Träger der Einrichtung,

2. für Wehrdienstleistende oder für Zivildienstleistende nach der Hälfte des Beitragssatzes vom Bund,

3. für Gefangene von dem für die Vollzugsanstalt zuständigen Land,

4. für nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften während der Zeit der außerschulischen Ausbildung für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft von der geistlichen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft,

5. für Personen, die Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von diesen und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im übrigen von den Leistungsträgern; die Leistungsträger tragen die Beiträge auch allein, soweit sie folgende Leistungen zahlen:

   a) Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld,

   b) Krankengeld oder Verletztengeld in Höhe der Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch oder

   c) eine Leistung, die nach einem monatlichen Arbeitsentgelt bemessen wird, das 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 Pflegepersonen versicherungspflichtig sind (§ 26 Absatz 2b) und eine

   a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherte pflegebedürftige Person pflegen, von der Pflegekasse,

   b) in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherte pflegebedürftige Person pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,

   c) pflegebedürftige Person pflegen, die wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig.

§ 349 SGB III
Beitragszahlung für sonstige Versicherungspflichtige

(1) Für die Zahlung der Beiträge für Personen, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen soll, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, gelten die Vorschriften über die Beitragszahlung aus Arbeitsentgelt entsprechend.

(2) Die Beiträge für Wehrdienstleistende, für Zivildienstleistende und für Gefangene sind an die Bundesagentur zu zahlen.

(3) Die Beiträge für Personen, die Sozialleistungen beziehen, sind von den Leistungsträgern an die Bundesagentur zu zahlen. Die Bundesagentur und die Leistungsträger regeln das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge durch Vereinbarung.

(4) Die Beiträge für Personen, die Krankentagegeld beziehen, sind von den privaten Krankenversicherungsunternehmen an die Bundesagentur zu zahlen. Die Beiträge können durch eine Einrichtung dieses Wirtschaftszweiges gezahlt werden. Mit dieser Einrichtung kann die Bundesagentur Näheres über Zahlung, Einziehung und Abrechnung vereinbaren; sie kann auch vereinbaren, daß der Beitragsabrechnung statistische Durchschnittswerte über die Zahl der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, für die Beiträge zu zahlen sind, und über Zeiten der Arbeitsunfähigkeit zugrunde gelegt werden. Der Bundesagentur sind Verwaltungskosten für den Einzug der Beiträge in Höhe von zehn Prozent der Beiträge pauschal zu erstatten, wenn die Beiträge nicht nach Satz 2 gezahlt werden.

(4a) Die Beiträge für Personen, die als Pflegepersonen versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b), sind von den Stellen, die die Beiträge zu tragen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Die Beiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld sind von den Stellen, die die Leistung zu erbringen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Das Nähere über das Verfahren der Beitragszahlung und Abrechnung der Beiträge können der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Festsetzungsstellen für die Beihilfe, das 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. Die Zahlung der Beiträge nach Absatz 4a erfolgt in Form eines Gesamtbeitrags für das Kalenderjahr, in dem die Pflegetätigkeit geleistet oder das Pflegeunterstützungsgeld in Anspruch genommen wurde (Beitragsjahr). Abweichend von § 23 Abs. 1 Satz 4 des Vierten Buches ist der Gesamtbeitrag spätestens im März des Jahres fällig, das dem Beitragsjahr folgt.

§ 8 SGB IV
Geringfügige Beschäftigung und geringfügige selbständige Tätigkeit; Geringfügigkeitsgrenze

(1) Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn

1. das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt,

2. die Beschäftigung innerhalb eines Kalenderjahres auf längstens drei Monate oder 70 Arbeitstage nach ihrer Eigenart begrenzt zu sein pflegt oder im Voraus vertraglich begrenzt ist, es sei denn, dass die Beschäftigung berufsmäßig ausgeübt wird und die Geringfügigkeitsgrenze übersteigt.

§ 8a SGB IV
Geringfügige Beschäftigung in Privathaushalten

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

§ 16 SGB IV
Gesamteinkommen

Gesamteinkommen ist die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts; es umfasst insbesondere das Arbeitsentgelt und das Arbeitseinkommen.

§ 18 SGB IV
Bezugsgröße

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

(2) Die Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet (Bezugsgröße [Ost]) verändert sich zum 1. Januar eines jeden Kalenderjahres auf den Wert, der sich ergibt, wenn der für das vorvergangene Kalenderjahr geltende Wert der Anlage 1 zum Sechsten Buch durch den für das Kalenderjahr der Veränderung bestimmten Wert der Anlage 10 zum Sechsten Buch geteilt wird, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag. Für die Zeit ab 1. Januar 2025 ist eine Bezugsgröße (Ost) nicht mehr zu bestimmen.

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

§ 6 SGB V
Versicherungsfreiheit

(1) Versicherungsfrei sind

1. Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach den Absätzen 6 oder 7 übersteigt; Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben unberücksichtigt,

1a. nicht-deutsche Besatzungsmitglieder deutscher Seeschiffe, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt nicht in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz haben,

2. Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldaten der Bundeswehr und sonstige Beschäftigte des Bundes, eines Landes, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde, von öffentlich-rechtlichen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen oder Verbänden öffentlich-rechtlicher Körperschaften oder deren Spitzenverbänden, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben,

3. Personen, die während der Dauer ihres Studiums als ordentliche Studierende einer Hochschule oder einer der fachlichen Ausbildung dienenden Schule gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,

4. Geistliche der als öffentlich-rechtliche Körperschaften anerkannten Religionsgesellschaften, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe haben,

5. Lehrer, die an privaten genehmigten Ersatzschulen hauptamtlich beschäftigt sind, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe haben,

6. die in den Nummern 2, 4 und 5 genannten Personen, wenn ihnen ein Anspruch auf Ruhegehalt oder ähnliche Bezüge zuerkannt ist und sie Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfalle nach beamten-

rechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen haben,

7. satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Personen, wenn sie sich aus überwiegend religiösen oder sittlichen Beweggründen mit Krankenpflege, Unterricht oder anderen gemeinnützigen Tätigkeiten beschäftigen und nicht mehr als freien Unterhalt oder ein geringes Entgelt beziehen, das nur zur Beschaffung der unmittelbaren Lebensbedürfnisse an Wohnung, Verpflegung, Kleidung und dergleichen ausreicht,

8. Personen, die nach dem Krankheitsfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften bei Krankheit geschützt sind.

(2) Nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtige Hinterbliebene der in Absatz 1 Nr. 2 und 4 bis 6 genannten Personen sind versicherungsfrei, wenn sie ihren Rentenanspruch nur aus der Versicherung dieser Personen ableiten und nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben.

(3) Die nach Absatz 1 oder anderen gesetzlichen Vorschriften mit Ausnahme von Absatz 2 und § 7 versicherungsfreien oder von der Versicherungspflicht befreiten Personen bleiben auch dann versicherungsfrei, wenn sie eine der in § 5 Abs. 1 Nr. 1 oder Nr. 5 bis 13 genannten Voraussetzungen erfüllen. Dies gilt nicht für die in Absatz 1 Nr. 3 genannten Personen, solange sie während ihrer Beschäftigung versicherungsfrei sind.

(3a) Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, sind versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Abs. 5 nicht versicherungspflichtig waren. Der Voraussetzung nach Satz 2 stehen die Ehe oder die Lebenspartnerschaft mit einer in Satz 2 genannten Person gleich. Satz 1 gilt nicht für Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 versicherungspflichtig sind.

(4) Wird die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten, endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie überschritten wird. Dies gilt nicht, wenn das Entgelt die vom Beginn des nächsten Kalenderjahres an geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt. Rückwirkende Erhöhungen des Entgelts werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem der Anspruch auf das erhöhte Entgelt entstanden ist.

(5) (weggefallen)

(6) Die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Absatz 1 Nr. 1 beträgt im Jahr 2003 45 900 Euro. Sie ändert sich zum 1. Januar eines jeden Jahres in dem Verhältnis, in dem die Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (§ 68 Abs. 2 Satz 1 des Sechsten Buches) im vergangenen Kalenderjahr zu den entsprechenden Bruttolöhnen und -gehältern im vorvergangenen Kalenderjahr stehen. Die veränderten Beträge werden nur für das Kalenderjahr, für das die Jahresarbeitsentgeltgrenze bestimmt wird, auf das nächsthöhere Vielfache von 450 aufgerundet. Die Bundesregierung setzt die Jahresarbeitsentgeltgrenze in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch fest.

(7) Abweichend von Absatz 6 Satz 1 beträgt die Jahresarbeitsentgeltgrenze für Arbeiter und Angestellte, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der an diesem Tag geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren, im Jahr 2003 41 400 Euro. Absatz 6 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

(8) (weggefallen)

(9) (weggefallen)

§ 10 SGB V
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 § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 2a, 3 bis 8, 11 bis 12 oder nicht freiwillig versichert sind,

3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind; dabei bleibt die Versicherungsfreiheit nach § 7 außer Betracht,

4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und

5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für Familienangehörige, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 oder § 8a des Vierten Buches in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches ausüben, ist ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig.

Eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit im Sinne des Satzes 1 Nr. 4 ist nicht deshalb anzunehmen, weil eine Versicherung nach § 1 Abs. 3 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891) besteht. Ehegatten und Lebenspartner sind für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 des Mutterschutzgesetzes sowie der Elternzeit nicht versichert, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren.

(2) Kinder sind versichert

1. bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,

2. bis zur Vollendung des dreiundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,

3. bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten 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 fünfundzwanzigste Lebensjahr hinaus; dies gilt auch bei einer Unterbrechung oder Verzögerung 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 gilt entsprechend,

4. ohne Altersgrenze, wenn sie als Menschen mit Behinderungen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, daß die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind innerhalb der Altersgrenzen nach den Nummern 1, 2 oder 3 familienversichert war oder die Familienversicherung nur wegen einer Vorrangversicherung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgeschlossen war.

(3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

(4) Als Kinder im Sinne der Absätze 1 bis 3 gelten auch Stiefkinder und Enkel, die das Mitglied überwiegend unterhält oder in seinen Haushalt aufgenommen hat, sowie Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 des Ersten Buches). 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 mehr als Kinder der leiblichen Eltern. Stiefkinder im Sinne des Satzes 1 sind auch die Kinder des Lebenspartners eines Mitglieds.

(5) Sind die Voraussetzungen der Absätze 1 bis 4 mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.

(6) Das Mitglied hat die nach den Absätzen 1 bis 4 Versicherten mit den

für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben sowie die Änderung dieser Angaben an die zuständige Krankenkasse zu melden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldung nach Satz 1 ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke fest.

§ 23 SGB V
Medizinische Vorsorgeleistungen

(4) Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 und 2 nicht aus, erbringt die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht; für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht. Die Krankenkasse führt statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 2 sowie deren Erledigung durch

§ 33 SGB V
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 SGB V
Häusliche Krankenpflege

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfaßt die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, daß dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(1a) Versicherte erhalten an geeigneten Orten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Absatz 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben; § 37c Absatz 3 gilt entsprechend. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von 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. Versicherte erhalten in stationären Einrichtungen im Sinne des § 43a des Elften Buches Leistungen nach Satz 1, wenn der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert.

(2a) Die gesetzliche Krankenversicherung beteiligt sich an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit einem jährlichen Pauschalbetrag in Höhe von 640 Millionen Euro, der an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung zu leisten ist. Die Zahlung erfolgt anteilig quartalsweise. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhebt hierzu von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(2b) Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 anzunehmen. § 37b Absatz 4 gilt für die häusliche Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung entsprechend.

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

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

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

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können.

(7) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 unter Berücksichtigung bestehender Therapieangebote das Nähere zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden. Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden kann auch in spezialisierten Einrichtungen an einem geeigneten Ort außerhalb der Häuslichkeit von Versicherten erfolgen.

(8) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Juli 2022 Rahmenvorgaben zu einzelnen nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 verordnungsfähigen Maßnahmen, bei denen Pflegefachkräfte, die die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 geregelten Anforderungen erfüllen, innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Verordnungsrahmens selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen können, sowie Vorgaben zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes und zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch den Leistungserbringer über die erbrachten Maßnahmen.

(9) Zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens für die im Rahmen einer Versorgung nach Absatz 8 erbrachten Leistungen pseudonymisieren die Krankenkassen die Angaben zu den Ausgaben jeweils arztbezogen sowie versichertenbezogen. Sie übermitteln diese Angaben nach Durchführung der Abrechnungsprüfung dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der diese Daten für den Zweck der nach Absatz 10 durchzuführenden Evaluierung kassenartenübergreifend zusammenführt und diese Daten dem nach Absatz 10 Satz 2 beauftragten unabhängigen Dritten übermittelt. Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren der Pseudonymisierung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der beauftragte unabhängige Dritte nach Absatz 10 Satz 2 haben die ihnen nach Satz 2 übermittelten pseudonymisierten Daten spätestens ein Jahr nach Abschluss der Evaluierung zu löschen.

(10) Drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen nach Absatz 8 evaluieren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer unter Berücksichtigung der nach Absatz 9 Satz 2 übermittelten Daten insbesondere die mit der Versorgung nach Absatz 8 verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der häuslichen Krankenpflege, die finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung nach Absatz 8 sowie die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität. Die Evaluierung hat durch einen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer gemeinsam zu beauftragenden unabhängigen Dritten zu erfolgen.

§ 40 SGB V
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. Für pflegende Angehörige erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation unabhängig davon, ob die Leistung nach Absatz 1 ausreicht. Die Krankenkasse kann für pflegende Angehörige diese stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht. Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zur Hälfte zu tragen; dies gilt nicht für solche Mehrkosten, die im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 8 des Neunten Buches von der Krankenkasse zu übernehmen sind. Die Krankenkasse führt nach Geschlecht differenzierte statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 1 sowie deren Erledigung durch. § 39 Absatz 1a gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass bei dem Rahmenvertrag entsprechend § 39 Absatz 1a die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene zu beteiligen sind. Kommt der Rahmenvertrag ganz oder teilweise nicht zustande oder wird der Rahmenvertrag ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Rahmenvertrag zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a auf Antrag einer Vertragspartei. Abweichend von § 89a Absatz 5 Satz 1 und 4 besteht das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene in diesem Fall aus je zwei Vertretern der Ärzte, der Krankenkassen und der zertifizierten Rehabilitationseinrichtungen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied. Die Vertreter und Stellvertreter der zertifizierten Rehabilitationseinrichtungen werden durch die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene bestellt.

(3a) Bei einer stationären Rehabilitation haben Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches auch Anspruch auf die Versorgung der Pflegebedürftigen, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden. Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen als in der Einrichtung der Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegkasse der Pflegebedürftigen deren Versorgung auf Wunsch der Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen. Gilt nach § 42a Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Absatz 2 Satz 1 zugleich als Antrag eines Pflegebedürftigen auf Leistungen nach § 42a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches, so leitet die Krankenkasse den Antrag an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, weiter und benennt gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, unverzüglich geeignete Einrichtungen, sofern die Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 42a des Elften Buches in derselben Einrichtung gewünscht ist.

§ 45 SGB V
Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, daß sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. § 10 Abs. 4 und § 44 Absatz 2 gelten.

(2) Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 besteht in jedem Kalenderjahr für jedes Kind längstens für 10 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 20 Arbeitstage. Der Anspruch nach Satz 1 besteht für Versicherte für nicht mehr als 25 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte für nicht mehr als 50 Arbeitstage je Kalenderjahr. Das Krankengeld nach Absatz 1 beträgt 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt der Versicherten, bei Bezug von beitragspflichtigem einmalig gezahltem Arbeitsentgelt (§ 23a des Vierten Buches) in den der Freistellung von Arbeitsleistung nach Absatz 3 vorangegangenen zwölf Kalendermonaten 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt; es darf 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 3 nicht überschreiten. Erfolgt die Berechnung des Krankengeldes nach Absatz 1 aus Arbeitseinkommen, beträgt dies 70 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt. § 47 Absatz 1 Satz 6 bis 8 und Absatz 4 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.

(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 besteht der Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 für das Jahr 2023 für jedes Kind längstens für 30 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 60 Arbeitstage. Der Anspruch nach Satz 1 besteht für Versicherte für nicht mehr als 65 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte für nicht mehr als 130 Arbeitstage. Der Anspruch nach Absatz 1 besteht bis zum Ablauf des 7. April 2023 auch dann, wenn Einrichtungen zur Betreuung von Kindern, Schulen oder Einrichtungen für Menschen mit Behinderung zur Verhinderung der Verbreitung von Infektionen oder übertragbaren Krankheiten auf Grund des Infektionsschutzgesetzes vorübergehend geschlossen werden oder deren Betreten, auch auf Grund einer Absonderung, untersagt wird, oder wenn von der zuständigen Behörde aus Gründen des Infektionsschutzes Schul- oder Betriebsferien angeordnet oder verlängert werden oder die Präsenzpflicht in einer Schule aufgehoben wird oder der Zugang zum Kinderbetreuungsangebot eingeschränkt wird, oder das Kind auf Grund einer behördlichen Empfehlung die Einrichtung nicht besucht. Die Schließung der Schule, der Einrichtung zur Betreuung von Kindern oder der Einrichtung für Menschen mit Behinderung, das Betretungsverbot, die Verlängerung der Schul- oder Betriebsferien, die Aussetzung der Präsenzpflicht in einer Schule, die Einschränkung des Zugangs zum Kinderbetreuungsangebot oder das Vorliegen einer behördlichen Empfehlung, vom Besuch der Einrichtung abzusehen, ist der Krankenkasse auf geeignete Weise nachzuweisen; die Krankenkasse kann die Vorlage einer Bescheinigung der Einrichtung oder der Schule verlangen.

(2b) Für die Zeit des Bezugs von Krankengeld nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2a Satz 3 ruht für beide Elternteile der Anspruch nach § 56 Absatz 1a des Infektionsschutzgesetzes.

(3) Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 haben für die Dauer dieses Anspruchs gegen ihren Arbeitgeber Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung, soweit nicht aus dem gleichen Grund Anspruch auf bezahlte Freistellung besteht. Wird der Freistellungsanspruch nach Satz 1 geltend gemacht, bevor die Krankenkasse ihre Leistungsverpflichtung nach Absatz 1 anerkannt hat, und sind die Voraussetzungen dafür nicht erfüllt, ist der Arbeitgeber berechtigt, die gewährte Freistellung von der Arbeitsleistung auf einen späteren Freistellungsanspruch zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines erkrankten Kindes anzurechnen. Der Freistellungsanspruch nach Satz 1 kann nicht durch Vertrag ausgeschlossen oder beschränkt werden.

(4) Versicherte haben ferner Anspruch auf Krankengeld, wenn sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, sofern das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist und nach ärztlichem Zeugnis an einer Erkrankung leidet,

a) die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat,

b) bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig oder von einem Elternteil erwünscht ist und

c) die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.

Der Anspruch besteht nur für ein Elternteil. Absatz 1 Satz 2, Absatz 3 und § 47 gelten entsprechend.

(5) Anspruch auf unbezahlte Freistellung nach den Absätzen 3 und 4 haben auch Arbeitnehmer, die nicht Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 sind.

§ 49 SGB V
Ruhen des Krankentaggeldes

(1) Der Anspruch auf Krankengeld ruht,

1. soweit und solange Versicherte beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhalten; dies gilt nicht für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt,

2. solange Versicherte Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz in Anspruch nehmen; dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder das Krankengeld aus dem Arbeitsentgelt zu berechnen ist, das aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung während der Elternzeit erzielt worden ist,

3. soweit und solange Versicherte Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld beziehen,

3a. solange Versicherte Mutterschaftsgeld oder Arbeitslosengeld beziehen oder der Anspruch wegen einer Sperrzeit nach dem Dritten Buch ruht,

4. soweit und solange Versicherte Entgeltersatzleistungen, die ihrer Art nach den in Nummer 3 genannten Leistungen vergleichbar sind, von einem Träger der Sozialversicherung oder einer staatlichen Stelle im Ausland erhalten,

5. solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet wird; dies gilt nicht, wenn die Meldung innerhalb einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder die Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten im elektronischen Verfahren nach § 295 Absatz 1 Satz 10 erfolgt,

6. soweit und solange für Zeiten einer Freistellung von der Arbeitsleistung (§ 7 Abs. 1a des Vierten Buches) eine Arbeitsleistung nicht geschuldet wird,

7. während der ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit für Versicherte, die eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 abgegeben haben,

8. solange bis die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nach § 46 Satz 3 ärztlich festgestellt wurde.

(2) (weggefallen)

(3) Auf Grund gesetzlicher Bestimmungen gesenkte Entgelt- oder Entgeltersatzleistungen dürfen bei der Anwendung des Absatzes 1 nicht aufgestockt werden.

(4) (weggefallen)

§ 55 SGB V
Leistungsanspruch

(2) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in Höhe von 40 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und den Betrag in Höhe von 40 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn

1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,

2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundsicherung, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder

3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

(3) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines Gesamtbetrages aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrages nach Absatz 2 Satz 1 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigen. Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe eines Gesamtbetrages bestehend aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrages Absatz 2 Satz 1, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

§ 62 SGB V
Belastungsgrenze

(1) Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Die Belastungsgrenze beträgt 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Abweichend von Satz 2 beträgt die Belastungsgrenze 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für nach dem 1. April 1972 geborene chronisch kranke Versicherte, die ab dem 1. Januar 2008 die in § 25 Absatz 1 genannten Gesundheitsuntersuchungen vor der Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben. Für Versicherte nach Satz 3, die an einem für ihre Erkrankung bestehenden strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen, beträgt die Belastungsgrenze 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien fest, in welchen Fällen Gesundheitsuntersuchungen ausnahmsweise nicht zwingend durchgeführt werden müssen. Die weitere Dauer der in Satz 2 genannten Behandlung ist der Krankenkasse jeweils spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen und vom Medizinischen Dienst, soweit erforderlich, zu prüfen; die Krankenkasse kann auf den jährlichen Nachweis verzichten, wenn bereits die notwendigen Feststellungen getroffen worden sind und im Einzelfall keine Anhaltspunkte für einen Wegfall der chronischen Erkrankung vorliegen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten zu Beginn eines Kalenderjahres auf die für sie in diesem Kalenderjahr maßgeblichen Untersuchungen nach § 25 Abs. 1 hinzuweisen. Das Nähere zur Definition einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92.

(2) Bei der Ermittlung der Belastungsgrenzen nach Absatz 1 werden die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten, seines Ehegatten oder Lebenspartners, der minderjährigen oder nach § 10 versicherten Kinder des Versicherten, seines Ehegatten oder Lebenspartners sowie der Angehörigen im Sinne des § 8 Absatz 4 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte jeweils zusammengerechnet, soweit sie im gemeinsamen Haushalt leben. Hierbei sind die jährlichen Bruttoeinnahmen für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zu vermindern. Für jedes Kind des Versicherten und des Lebenspartners sind die jährlichen Bruttoeinnahmen um den sich aus den Freibeträgen nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes ergebenden Betrag zu vermindern; die nach Satz 2 bei der Ermittlung der Be-

lastungsgrenze vorgesehene Berücksichtigung entfällt. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Abweichend von den Sätzen 1 bis 3 ist bei Versicherten,

1. die Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Buch oder die ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach einem Gesetz, das dieses für anwendbar erklärt, erhalten,

2. bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden

sowie für den in § 264 genannten Personenkreis als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz für die Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 des Zwölften Buches maßgeblich. Bei Versicherten, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch erhalten, ist abweichend von den Sätzen 1 bis 3 als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelbedarf nach § 20 Absatz 2 Satz 1 des Zweiten Buches maßgeblich. Bei Ehegatten und Lebenspartnern ist ein gemeinsamer Haushalt im Sinne des Satzes 1 auch dann anzunehmen, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner dauerhaft in eine vollstationäre Einrichtung aufgenommen wurde, in der Leistungen gemäß § 43 oder § 43a des Elften Buches erbracht werden.

(3) Die Krankenkasse stellt dem Versicherten eine Bescheinigung über die Befreiung nach Absatz 1 aus. Diese darf keine Angaben über das Einkommen des Versicherten oder anderer zu berücksichtigender Personen enthalten.

§ 75 SGB V
Inhalt und Umfang der Sicherstellung

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die vertragsärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 bezeichneten Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, daß die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Kommt die Kassenärztliche Vereinigung ihrem Sicherstellungsauftrag aus Gründen, die sie zu vertreten hat, nicht nach, können die Krankenkassen die in den Gesamtverträgen nach § 85 oder § 87a vereinbarten Vergütungen teilweise zurückbehalten. Die Einzelheiten regeln die Partner der Bundesmantelverträge.

(1a) Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der vertragsärztlichen Versorgung. Hierzu informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit) und richten Terminservicestellen ein, die spätestens zum 1. Januar 2020 für 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche unter einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer erreichbar sein müssen; die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden und mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren. Die Terminservicestelle hat

1. Versicherten innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zu vermitteln,

2. Versicherte bei der Suche nach einem Hausarzt zu unterstützen, den sie nach § 76 Absatz 3 Satz 2 wählen möchten,

3. Versicherte bei der Suche nach einem Angebot zur Versorgung mit telemedizinischen Leistungen zu unterstützen und

4. Versicherten in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene, in geeigneten Fällen auch in Form einer telefonischen ärztlichen Konsultation, zu vermitteln.

Für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei einem Facharzt muss mit Ausnahme

1. von Behandlungsterminen bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt,

2. der Fälle, in denen bei einer zuvor erfolgten Inanspruchnahme eines Krankenhauses zur ambulanten Notfallbehandlung die Ersteinschätzung auf der Grundlage der nach § 120 Absatz 3b zu beschließenden Vorgaben einen ärztlichen Behandlungsbedarf, nicht jedoch eine sofortige Behandlungsnotwendigkeit ergeben hat, und

3. der Vermittlung in Akutfällen nach Satz 3 Nummer 4

eine Überweisung vorliegen; eine Überweisung muss auch in den Fällen des Satzes 11 Nummer 2 vorliegen. Die Wartezeit auf einen Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten. Die Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und dem vermittelten Arzt muss zumutbar sein. Kann die Terminservicestelle keinen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 innerhalb der Frist nach Satz 5 vermitteln, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten; Satz 3 Nummer 1 und die Sätze 4, 5 und 6 gelten entsprechend. Satz 7 gilt nicht bei verschiebbaren Routineuntersuchungen, sofern es sich nicht um termingebundene Gesundheitsuntersuchungen für Kinder handelt, und in Fällen von Bagatellerkrankungen sowie bei weiteren vergleichbaren Fällen. Für die ambulante Behandlung im Krankenhaus gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. In den Fällen von Satz 8 hat die Terminservicestelle einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 in einer angemessenen Frist zu vermitteln. Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 sind insbesondere Regelungen zu treffen

1. zum Nachweis des Vorliegens einer Überweisung,

2. zu den Fällen, in denen es für die Vermittlung von einem Behandlungstermin bei einem Haus- oder einem Kinder- und Jugendarzt einer Überweisung bedarf,

3. zur zumutbaren Entfernung nach Satz 6, differenziert nach Arztgruppen,

4. über das Nähere zu den Fällen nach Satz 8,

5. zur Notwendigkeit weiterer Behandlungen nach § 76 Absatz 1a Satz 2.

Im Bundesmantelvertrag können zudem ergänzende Regelungen insbesondere zu weiteren Ausnahmen von der Notwendigkeit des Vorliegens einer Überweisung getroffen werden. Die Sätze 2 bis 12 gelten nicht für Behandlungen nach § 28 Absatz 2 und § 29. Für Behandlungen nach § 28 Absatz 3 gelten die Sätze 2 und 3 Nummer 1 sowie die Sätze 5 bis 12 hinsichtlich der Vermittlung eines Termins für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden und hinsichtlich der sich aus der Abklärung ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine sowie hinsichtlich der Vermittlung eines Termins im Rahmen der Versorgung nach § 92 Absatz 6b; einer Überweisung bedarf es nicht. Die Wartezeit auf eine psychotherapeutische Akutbehandlung darf zwei Wochen nicht überschreiten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung unterstützt die Kassenärztlichen Vereinigungen durch das Angebot einer Struktur für ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement und für ein elektronisch gestütztes Dispositionsmanagement bei der Terminvermittlung; sie hat ein elektronisches Programm zur Verfügung zu stellen, mit dem die Versicherten auf die Internetseite der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung geleitet werden, um sich über die Sprechstundenzeiten der Ärzte informieren zu können. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können darüber hinaus zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Satz 3 auch eigene digitale Angebote bereitstellen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung evaluiert die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen insbesondere im Hinblick auf die Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von Arztterminen, auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme und auf die Vermittlungsquote. Über die Ergebnisse hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals zum 30. Juni 2017, zu berichten. Die Vertragsärzte sind verpflichtet, der Terminservicestelle freie Termine zu melden. Soweit Vertragsärzte Leistungen in Form von Videosprechstunden anbieten, können die Vertragsärzte den Terminservicestellen freie Termine, zu denen Leistungen in Form der Videosprechstunde angeboten werden, freiwillig melden.

(1b) Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. Im Rahmen des Notdienstes sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen spätestens ab dem 31. März 2022 ergänzend auch telemedizinische Leistungen zur Verfügung stellen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen den Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen; hierzu sollen sie entweder Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern einrichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Not-

dienst einbinden. Im Rahmen einer Kooperation nach Satz 3 zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern kann auch die Nutzung der technischen Ausstattung der Krankenhäuser zur Erbringung telemedizinischer Leistungen durch Notdienstpraxen oder die Erbringung telemedizinischer Leistungen durch die Notfallambulanzen der Krankenhäuser vereinbart werden. Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende zugelassene Krankenhäuser und Ärzte, die aufgrund einer Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung in den Notdienst einbezogen sind, sind zur Leistungserbringung im Rahmen des Notdienstes berechtigt und nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Satz 5 gilt entsprechend für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte im Rahmen der notärztlichen Versorgung des Rettungsdienstes, soweit entsprechend Satz 1 durch Landesrecht bestimmt ist, dass auch diese Versorgung vom Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung umfasst ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Landesapothekerkammern in einen Informationsaustausch über die Organisation des Notdienstes treten, um die Versorgung der Versicherten im Notdienst zu verbessern; die Ergebnisse aus diesem Informationsaustausch sind in die Kooperationen nach Satz 3 einzubeziehen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen wahrzunehmen. Sie haben die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen und die Vertragsärzte, soweit notwendig, unter Anwendung der in § 81 Abs. 5 vorgesehenen Maßnahmen zur Erfüllung dieser Pflichten anzuhalten.

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben auch die ärztliche Versorgung von Personen sicherzustellen, die auf Grund dienstrechtlicher Vorschriften über die Gewährung von Heilfürsorge einen Anspruch auf unentgeltliche ärztliche Versorgung haben, soweit die Erfüllung dieses Anspruchs nicht auf andere Weise gewährleistet ist. Die ärztlichen Leistungen sind so zu vergüten, wie die Ersatzkassen die vertragsärztlichen Leistungen vergüten. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für ärztliche Untersuchungen zur Durchführung der allgemeinen Wehrpflicht sowie Untersuchungen zur Vorbereitung von Personalentscheidungen und betriebs- und fürsorgeärztliche Untersuchungen, die von öffentlich-rechtlichen Kostenträgern veranlaßt werden.

(3a) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben auch die ärztliche Versorgung der in den brancheneinheitlichen Standardtarifen nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 403 und nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 404 sowie dem brancheneinheitlichen Basistarif nach § 152 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes und dem Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes Versicherten mit den in diesen Tarifen versicherten ärztlichen Leistungen sicherzustellen. Solange und soweit nach Absatz 3b nichts Abweichendes vereinbart oder festgesetzt wird, sind die in Satz 1 genannten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen nach § 121 nach der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte mit der Maßgabe zu vergüten, dass Gebühren für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte genannten Leistungen sowie für die Leistung nach Nummer 437 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte nur bis zum 1,16fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte, Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte genannten Leistungen nur bis zum 1,38fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte, Gebühren für die übrigen Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte nur bis zum 1,8fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte und Gebühren für die Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte nur bis zum 2fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnet werden dürfen. Für die Vergütung von in den §§ 115b und 116b bis 119 genannten Leistungen gilt Satz 2 entsprechend, wenn diese für die in Satz 1 genannten Versicherten im Rahmen der dort genannten Tarife erbracht werden.

(3b) Die Vergütung für die in Absatz 3a Satz 2 genannten Leistungen kann in Verträgen zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung einheitlich mit Wirkung für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften mit den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ganz oder teilweise abweichend von den Vorgaben des Absatzes 3a Satz 2 geregelt werden. Für den Verband der privaten Krankenversicherung gilt § 158 Absatz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes entsprechend. Wird zwischen den Beteiligten nach Satz 1 keine Einigung über eine von Absatz 3a Satz 2 abweichende Vergütungsregelung erzielt, kann der Beteiligte, der die Abweichung verlangt, die Schiedsstelle nach Absatz 3c anrufen. Diese hat innerhalb von drei Monaten über die Gegenstände, über die keine Einigung erzielt werden konnte, zu entscheiden und den Vertragsinhalt festzusetzen. Die Schiedsstelle hat ihre Entscheidung so zu treffen, dass der Vertragsinhalt

1. den Anforderungen an eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und in der Qualität gesicherte ärztliche Versorgung der in Absatz 3a Satz 1 genannten Versicherten entspricht,

2. die Vergütungsstrukturen vergleichbarer Leistungen aus dem vertragsärztlichen und privatärztlichen Bereich berücksichtigt und

3. die wirtschaftlichen Interessen der Vertragsärzte sowie die finanziellen Auswirkungen der Vergütungsregelungen auf die Entwicklung der Prämien für die Tarife der in Absatz 3a Satz 1 genannten Versicherten angemessen berücksichtigt.

Wird nach Ablauf einer von den Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbarten oder von der Schiedsstelle festgesetzten Vertragslaufzeit keine Einigung über die Vergütung erzielt, gilt der bisherige Vertrag bis zu der Entscheidung der Schiedsstelle weiter. Für die in Absatz 3a Satz 1 genannten Versicherten und Tarife kann die Vergütung für die in den §§ 115b und 116b bis 119 genannten Leistungen in Verträgen zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung einheitlich mit Wirkung für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften mit den entsprechenden Leistungserbringern oder den sie vertretenden Verbänden ganz oder teilweise abweichend von den Vorgaben des Absatzes 3a Satz 2 und 3 geregelt werden; Satz 2 gilt entsprechend. Wird nach Ablauf einer von den Vertragsparteien nach Satz 7 vereinbarten Vertragslaufzeit keine Einigung über die Vergütung erzielt, gilt der bisherige Vertrag weiter.

(3c) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bilden mit dem Verband der privaten Krankenversicherung je eine gemeinsame Schiedsstelle. Sie besteht aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung einerseits und Vertretern des Verbandes der privaten Krankenversicherung und der Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften andererseits in gleicher Zahl, einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie je einem Vertreter des Bundesministeriums der Finanzen und des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. Über den Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragsparteien einigen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, gilt § 134a Absatz 4 Satz 5 und 6 entsprechend. Im Übrigen gilt § 129 Abs. 9 entsprechend. Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt das Bundesministerium der Finanzen; § 129 Abs. 10 Satz 2 gilt entsprechend.

(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben auch die ärztliche Behandlung von Gefangenen in Justizvollzugsanstalten in Notfällen außerhalb der Dienstzeiten der Anstaltsärzte und Anstaltszahnärzte sicherzustellen, soweit die Behandlung nicht auf andere Weise gewährleistet ist. Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.

(5) Soweit die ärztliche Versorgung in der knappschaftlichen Krankenversicherung nicht durch Knappschaftsärzte sichergestellt wird, gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

(6) Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörden können die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen weitere Aufgaben der ärztlichen Versorgung insbesondere für andere Träger der Sozialversicherung übernehmen.

(7) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben

1. die erforderlichen Richtlinien für die Durchführung der von ihnen im Rahmen ihrer Zuständigkeit geschlossenen Verträge aufzustellen,

2. in Richtlinien die überbezirkliche Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich hierfür zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen zu regeln, soweit nicht in Bundesmantelverträgen besondere Vereinbarungen getroffen sind,

3. Richtlinien über die Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der Kassenärztlichen Vereinigungen aufzustellen,

3a. bis zum 31. Dezember 2021 Richtlinien zur Gewährleistung einer bundesweit einheitlichen und vollständigen Bereitstellung von Informationen nach Absatz 1a Satz 2 auf den Internetseiten der Kassenärztlichen Vereinigungen aufzustellen,

4. Richtlinien für die Umsetzung einer bundeseinheitlichen Telefonnummer nach Absatz 1a Satz 2 aufzustellen,

5. Richtlinien für ein digitales Angebot zur Vermittlung von Behandlungsterminen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 sowie zur Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 und für ein Angebot eines elektronisch gestützten Dispositionsmanagements aufzustellen und

6. Richtlinien für ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren aufzustellen, auf dessen Grundlage die Vermittlung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 erfolgt.

Die Richtlinie nach Satz 1 Nr. 2 muss sicherstellen, dass die für die erbrachte Leistung zur Verfügung stehende Vergütung die Kassenärztliche Vereinigung erreicht, in deren Bezirk die Leistung erbracht wurde; eine Vergütung auf der Basis bundesdurchschnittlicher Verrechnungspunktwerte ist zulässig. Die Richtlinie nach Satz 1 Nr. 2 kann auch Regelungen über die Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung sowie über Verfahren bei Disziplinarangelegenheiten bei überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, die Mitglieder in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen haben, treffen, soweit hierzu nicht in den Bundesmantelverträgen besondere Vereinbarungen getroffen sind. Bei der Erarbeitung der Richtlinien nach Satz 1 Nummer 3a sind die Bundesfachstelle Barrierefreiheit sowie die maßgeblichen Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten nach § 140f zu beteiligen. Die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 4 und 5 müssen auch sicherstellen, dass die von Vertragsärzten in Umsetzung der Richtlinienvorgaben genutzten elektronischen Programme von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zugelassen sind.

(7a) Abweichend von Absatz 7 Satz 2 muss die für die ärztliche Versorgung geltende Richtlinie nach Absatz 7 Satz 1 Nr. 2 sicherstellen, dass die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk die Leistungen erbracht wurden (Leistungserbringer-KV), von der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnort hat (Wohnort-KV), für die erbrachten Leistungen jeweils die entsprechenden Vergütungen der in der Leistungserbringer-KV geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 erhält. Dabei ist das Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen.

(8) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben durch geeignete Maßnahmen darauf hinzuwirken, daß die zur Ableistung der Vorbereitungszeiten von Ärzten sowie die zur allgemeinmedizinischen Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte benötigten Plätze zur Verfügung stehen.

(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, mit Einrichtungen nach § 13 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes auf deren Verlangen Verträge über die ambulante Erbringung der in § 24b aufgeführten ärztlichen Leistungen zu schließen und die Leistungen außerhalb des Verteilungsmaßstabes nach den zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Einrichtungen nach § 13 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes oder deren Verbänden vereinbarten Sätzen zu vergüten.

(10) (weggefallen)

§ 91 SGB V
Gemeinsamer Bundesausschuss

(1) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden einen Gemeinsamen Bundesausschuss. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist rechtsfähig. Er wird durch den Vorsitzenden des Beschlussgremiums gerichtlich und außergerichtlich vertreten.

(2) Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, einem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, jeweils zwei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft und fünf von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitgliedern. Für die Berufung des unparteiischen Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder sowie jeweils zweier Stellvertreter einigen sich die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 jeweils auf einen Vorschlag und legen diese Vorschläge dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens zwölf Monate vor Ablauf der Amtszeit vor. Als unparteiische Mitglieder und deren Stellvertreter können nur Personen benannt werden, die im vorangegangenen Jahr nicht bei den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1, bei deren Mitgliedern, bei Verbänden von deren Mitgliedern oder in einem Krankenhaus beschäftigt oder selbst als Vertragsarzt, Vertragszahnarzt oder Vertragspsychotherapeut tätig waren. Das Bundesministerium für Gesundheit übermittelt die Vorschläge an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages. Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages kann einem Vorschlag nach nichtöffentlicher Anhörung der jeweils vorgeschlagenen Person innerhalb von sechs Wochen mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner Mitglieder durch Beschluss widersprechen, sofern er die Unabhängigkeit oder die Unparteilichkeit der vorgeschlagenen Person als nicht gewährleistet ansieht. Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 legen innerhalb von sechs Wochen, nachdem das Bundesministerium für Gesundheit den Gemeinsamen Bundesausschuss über einen erfolgten Widerspruch unterrichtet hat, einen neuen Vorschlag vor. Widerspricht der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages nach Satz 5 auch dem neuen Vorschlag innerhalb von sechs Wochen oder haben die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 keinen neuen Vorschlag vorgelegt, erfolgt die Berufung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die Unparteiischen üben ihre Tätigkeit in der Regel hauptamtlich aus; eine ehrenamtliche Ausübung ist zulässig, soweit die Unparteiischen von ihren Arbeitgebern in dem für die Tätigkeit erforderlichen Umfang freigestellt werden. Die Stellvertreter der Unparteiischen sind ehrenamtlich tätig. Hauptamtliche Unparteiische stehen während ihrer Amtszeit in einem Dienstverhältnis zum Gemeinsamen Bundesausschuss. Zusätzlich zu ihren Aufgaben im Beschlussgremium übernehmen die einzelnen Unparteiischen den Vorsitz der Unterausschüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses. Der Vorsitzende nach Absatz 1 Satz 3 stellt übergreifend die Einhaltung aller dem Gemeinsamen Bundesausschuss auferlegten gesetzlichen Fristen sicher. Zur Erfüllung dieser Aufgabe nimmt er eine zeitliche Steuerungsverantwortung wahr und hat ein Antragsrecht an das Beschlussgremium nach Satz 1, er erstattet auch den nach Absatz 11 jährlich vorzulegenden Bericht. Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 schließen die Dienstvereinbarungen mit den hauptamtlichen Unparteiischen; § 35a Absatz 6 Satz 2 und Absatz 6a Satz 1 und 2 des Vierten Buches gilt entsprechend. Vergütungserhöhungen sind während der Dauer der Amtszeit der Unparteiischen unzulässig. Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Unparteiischen kann eine über die zuletzt nach § 35a Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes vereinbart werden. Die Aufsichtsbehörde kann zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Unparteiischen eine niedrigere Vergütung anordnen. Die Art und die Höhe finanzieller Zuwendungen, die den Unparteiischen im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit als Unparteiische von Dritten gewährt werden, sind den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 mitzuteilen und auf die Vergütung der Unparteiischen anzurechnen oder an den Gemeinsamen Bundesausschuss abzuführen. Vereinbarungen der Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 für die Zukunftssicherung der Unparteiischen sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig. Die von den Organisationen benannten sonstigen Mitglieder des Beschlussgremiums üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus; sie sind bei den Entscheidungen im Beschlussgremium an Weisungen nicht gebunden. Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 benennen für jedes von ihnen benannte Mitglied bis zu drei Stellvertreter. Die Amtszeit im Beschlussgremium beträgt ab der am 1. Juli 2012 beginnenden Amtszeit sechs Jahre.

(2a) Bei Beschlüssen, die allein einen der Leistungssektoren wesentlich betreffen, werden ab dem 1. Februar 2012 alle fünf Stimmen der Leistungserbringerseite anteilig auf diejenigen Mitglieder übertragen, die von der betroffenen Leistungserbringerorganisation nach Absatz 1 Satz 1 benannt worden sind. Bei Beschlüssen, die allein zwei der drei Leistungssektoren wesentlich betreffen, werden ab dem 1. Februar 2012 die Stimmen der von der nicht betroffenen Leistungserbringerorganisation benannten Mitglieder anteilig auf diejenigen Mitglieder übertragen, die von den betroffenen Leistungserbringerorganisationen benannt worden sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seiner Geschäftsordnung erstmals bis zum 31. Januar 2012 fest, welche Richtlinien und Entscheidungen allein einen oder allein zwei der Leistungssektoren wesentlich betreffen. Bei Beschlüssen zur Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wird die Stimme des von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung benannten Mitglieds ab dem 1. Januar 2012 anteilig auf die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft benannten Mitglieder übertragen.

(3) Für die Tragung der Kosten des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Ausnahme der Kosten der von den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 benannten Mitglieder gilt § 139c entsprechend. Im Übrigen gilt § 90 Abs. 3 Satz 4 entsprechend mit der Maßgabe, dass vor Erlass der Rechtsverordnung außerdem die Deutsche Krankenhausgesellschaft anzuhören ist.

(3a) Verletzen Mitglieder oder deren Stellvertreter, die von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen benannt oder berufen werden, in der ihnen insoweit übertragenen Amtsführung die ihnen einem Dritten

gegenüber obliegende Amtspflicht, gilt § 42 Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches mit der Maßgabe entsprechend, dass die Verantwortlichkeit den Gemeinsamen Bundesausschuss, nicht aber die in Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen, trifft. Dies gilt auch im Falle einer Berufung der unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter durch das Bundesministerium für Gesundheit nach Absatz 2 Satz 7. Soweit von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen für die Vorbereitung von Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses Personen für die nach seiner Geschäftsordnung bestehenden Gremien benannt werden und diese Personen zur Wahrung der Vertraulichkeit der für den Gemeinsamen Bundesausschuss geheimhaltungspflichtigen, ihnen zugänglichen Unterlagen und Informationen verpflichtet werden, gilt Satz 1 entsprechend. Das Gleiche gilt für nach § 140f Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz benannte sachkundige Personen, denen zur Ausübung ihres Mitberatungsrechts für den Gemeinsamen Bundesausschuss geheimhaltungspflichtige Unterlagen und Informationen zugänglich gemacht werden, wenn sie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Wahrung der Vertraulichkeit dieser Unterlagen verpflichtet worden sind. Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Geschäftsordnung.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt

1. eine Verfahrensordnung, in der er insbesondere methodische Anforderungen an die wissenschaftliche sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens, einschließlich Bewertungen nach den §§ 35a und 35b, der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen als Grundlage für Beschlüsse sowie die Anforderungen an den Nachweis der fachlichen Unabhängigkeit von Sachverständigen und das Verfahren der Anhörung zu den jeweiligen Richtlinien, insbesondere die Feststellung der anzuhörenden Stellen, die Art und Weise der Anhörung und deren Auswertung, regelt,

2. eine Geschäftsordnung, in der er Regelungen zur Arbeitsweise des Gemeinsamen Bundesausschusses insbesondere zur Geschäftsführung, zur Vorbereitung der Richtlinienbeschlüsse durch Einsetzung von in der Regel sektorenübergreifend gestalteten Unterausschüssen, zum Vorsitz der Unterausschüsse durch die Unparteiischen des Beschlussgremiums sowie zur Zusammenarbeit der Gremien und der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses trifft; in der Geschäftsordnung sind Regelungen zu treffen zur Gewährleistung des Mitberatungsrechts der von den Organisationen nach § 140f Abs. 2 entsandten sachkundigen Personen.

Die Verfahrensordnung und die Geschäftsordnung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie nicht innerhalb von drei Monaten nach Vorlage des Beschlusses und der tragenden Gründe ganz oder teilweise versagt. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Genehmigungsprüfung vom Gemeinsamen Bundesausschuss zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Lauf der Frist nach Satz 3 unterbrochen. Wird die Genehmigung ganz oder teilweise versagt, so kann das Bundesministerium für Gesundheit insbesondere zur Sicherstellung einer sach- und funktionsgerechten Ausgestaltung der Arbeitsweise und des Bewertungsverfahrens des Gemeinsamen Bundesausschusses erforderliche Änderungen bestimmen und anordnen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb einer bestimmten Frist die erforderlichen Änderungen vornimmt. Kommt der Gemeinsame Bundesausschuss der Anordnung innerhalb der Frist nicht nach, so kann das Bundesministerium für Gesundheit die erforderlichen Änderungen selbst vornehmen. Die Sätze 5 und 6 gelten entsprechend, wenn sich die Erforderlichkeit der Änderung einer bereits genehmigten Regelung der Verfahrensordnung oder der Geschäftsordnung erst nachträglich ergibt. Klagen gegen Anordnungen und Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit nach den Sätzen 3 bis 7 haben keine aufschiebende Wirkung.

(5) Bei Beschlüssen, deren Gegenstand die Berufsausübung der Ärzte, Psychotherapeuten oder Zahnärzte berührt, ist der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft der Kammern dieser Berufe auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. § 136 Absatz 3 und § 136b Absatz 1 Satz 3 bleiben unberührt.

(5a) Bei Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die die Verarbeitung personenbezogener Daten regeln oder voraussetzen, ist dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist in die Entscheidung einzubeziehen.

(6) Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Ausnahme der Beschlüsse zu Entscheidungen nach § 136d sind für die Träger nach Absatz 1 Satz 1, deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Versicherten und die Leistungserbringer verbindlich.

(7) Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2 Satz 1 fasst seine Beschlüsse mit der Mehrheit seiner Mitglieder, sofern die Geschäftsordnung nichts anderes bestimmt. Beschlüsse zur Arzneimittelversorgung und zur Qualitätssicherung sind in der Regel sektorenübergreifend zu fassen. Beschlüsse, die nicht allein einen der Leistungssektoren wesentlich betreffen und die zur Folge haben, dass eine bisher zulasten der Krankenkassen erbringbare Leistung zukünftig nicht mehr zu deren Lasten erbracht werden darf, bedürfen einer Mehrheit von neun Stimmen. Der unparteiische Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder können dem Beschlussgremium gemeinsam einen eigenen Beschlussvorschlag zur Entscheidung vorlegen. Mit der Vorbereitung eines Beschlussvorschlags oder eines Antrags eines Unparteiischen nach § 135 Absatz 1 Satz 1 oder § 137c Absatz 1 Satz 1 können die Unparteiischen oder kann der Unparteiische die Geschäftsführung beauftragen. Die Sitzungen des Beschlussgremiums sind in der Regel öffentlich und werden zeitgleich als Live-Video-Übertragung im Internet angeboten sowie in einer Mediathek zum späteren Abruf verfügbar gehalten. Die nichtöffentlichen Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, insbesondere auch die Beratungen in den vorbereitenden Gremien, sind einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften vertraulich.

(8) (weggefallen)

(9) Jedem, der berechtigt ist, zu einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses Stellung zu nehmen und eine schriftliche oder elektronische Stellungnahme abgegeben hat, ist in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Verfahrensordnung vorzusehen, dass die Teilnahme jeweils eines Vertreters einer zu einem Beschlussgegenstand stellungnahmeberechtigten Organisation an den Beratungen zu diesem Gegenstand in dem zuständigen Unterausschuss zugelassen werden kann.

(10) Der Gemeinsame Bundesausschuss ermittelt spätestens ab dem 1. September 2012 die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten im Sinne des § 2 Absatz 2 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates und stellt diese Kosten in der Begründung des jeweiligen Beschlusses nachvollziehbar dar. Bei der Ermittlung der Bürokratiekosten ist die Methodik nach § 2 Absatz 3 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates anzuwenden. Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 30. Juni 2012 in seiner Verfahrensordnung.

(11) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages einmal jährlich zum 31. März über das Bundesministerium für Gesundheit einen Bericht über die Einhaltung der Fristen nach § 135 Absatz 1 Satz 4 und 5, § 136b Absatz 3 Satz 1, § 137c Absatz 1 Satz 5 und 6 sowie § 137h Absatz 4 Satz 9 vorzulegen, in dem im Falle von Überschreitungen der Fristen nach § 137c Absatz 1 Satz 5 und 6 sowie § 137h Absatz 4 Satz 9 auch die zur Straffung des Verfahrens unternommenen Maßnahmen und die besonderen Schwierigkeiten einer Bewertung, die zu einer Fristüberschreitung geführt haben können, im Einzelnen dargelegt werden müssen. Zudem sind in dem Bericht auch alle anderen Beratungsverfahren über Entscheidungen und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses darzustellen, die seit förmlicher Einleitung des Beratungsverfahrens länger als drei Jahre andauern und in denen noch keine abschließende Beschlussfassung erfolgt ist.

§ 92 SGB V
Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten; dabei ist den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen, vor allem bei den Leistungen zur Belastungserprobung und Arbeitstherapie; er kann dabei die Erbringung und Verordnung von Leistungen oder Maßnahmen einschränken oder ausschließen, wenn nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind; er kann die Verordnung von Arzneimitteln einschränken oder ausschließen, wenn die Unzweckmäßigkeit erwiesen oder eine andere, wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen verfügbar ist. Er soll insbesondere Richtlinien beschließen über die

1. ärztliche Behandlung,

2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädische Behandlung,

3. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Qualitätssicherung der Früherkennungsuntersuchungen sowie zur Durchführung organisierter Krebsfrüherkennungsprogramme nach § 25a einschließlich der systematischen Erfassung, Überwachung und Verbesserung der Qualität dieser Programme,

4. ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,

5. Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,

6. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege, Soziotherapie und außerklinischer Intensivpflege sowie zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes,

7. Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit einschließlich der Arbeitsunfähigkeit nach § 44a Satz 1 sowie der nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherten erwerbsfähigen Hilfebedürftigen im Sinne des Zweiten Buches,

8. Verordnung von im Einzelfall gebotenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die Beratung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation,

9. Bedarfsplanung,

10. medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs. 1 sowie die Kryokonservierung nach § 27a Absatz 4,

11. Maßnahmen nach den §§ 24a und 24b,

12. Verordnung von Krankentransporten,

13. Qualitätssicherung,

14. spezialisierte ambulante Palliativversorgung,

15. Schutzimpfungen.

(1a) Die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 sind auf eine ursachengerechte, zahnsubstanzschonende und präventionsorientierte zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädischer Behandlung auszurichten. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Richtlinien auf der Grundlage auch von externem, umfassendem zahnmedizinisch-wissenschaftlichem Sachverstand zu beschließen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann dem Gemeinsamen Bundesausschuss vorgeben, einen Beschluss zu einzelnen dem Bundesausschuss durch Gesetz zugewiesenen Aufgaben zu fassen oder zu überprüfen und hierzu eine angemessene Frist setzen. Bei Nichteinhaltung der Frist fasst eine aus den Mitgliedern des Bundesausschusses zu bildende Schiedsstelle innerhalb von 30 Tagen den erforderlichen Beschluss. Die Schiedsstelle besteht aus dem unparteiischen Vorsitzenden, den zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern des Bundesausschusses und je einem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmten Vertreter. Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 ist den für die Wahrnehmung der Interessen von Zahntechnikern maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(1b) Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 4 ist den in § 134a Absatz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(2) Die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 haben Arznei- und Heilmittel unter Berücksichtigung der Bewertungen nach den §§ 35a und 35b so zusammenzustellen, daß dem Arzt die wirtschaftliche und zweckmäßige Auswahl der Arzneimitteltherapie ermöglicht wird. Die Zusammenstellung der Arzneimittel ist nach Indikationsgebieten und Stoffgruppen zu gliedern. Um dem Arzt eine therapie- und preisgerechte Auswahl der Arzneimittel zu ermöglichen, sind zu den einzelnen Indikationsgebieten Hinweise aufzunehmen, aus denen sich für Arzneimittel mit pharmakologisch vergleichbaren Wirkstoffen oder therapeutisch vergleichbarer Wirkung eine Bewertung des therapeutischen Nutzens auch im Verhältnis zu den Therapiekosten und damit zur Wirtschaftlichkeit der Verordnung ergibt; § 73 Abs. 8 Satz 3 bis 6 gilt entsprechend. Um dem Arzt eine therapie- und preisgerechte Auswahl der Arzneimittel zu ermöglichen, können ferner für die einzelnen Indikationsgebiete die Arzneimittel in folgenden Gruppen zusammengefaßt werden:

1. Mittel, die allgemein zur Behandlung geeignet sind,

2. Mittel, die nur bei einem Teil der Patienten oder in besonderen Fällen zur Behandlung geeignet sind,

3. Mittel, bei deren Verordnung wegen bekannter Risiken oder zweifelhafter therapeutischer Zweckmäßigkeit besondere Aufmerksamkeit geboten ist.

Absatz 3a gilt entsprechend. In den Therapiehinweisen nach den Sätzen 1 und 7 können Anforderungen an die qualitätsgesicherte Anwendung von Arzneimitteln festgestellt werden, insbesondere bezogen auf die Qualifikation des Arztes oder auf die zu behandelnden Patientengruppen. In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 können auch Therapiehinweise zu Arzneimitteln außerhalb von Zusammenstellungen gegeben werden; die Sätze 3 und 4 sowie Absatz 1 Satz 1 dritter Halbsatz gelten entsprechend. Die Therapiehinweise nach den Sätzen 1 und 7 können Empfehlungen zu den Anteilen einzelner Wirkstoffe an den Verordnungen im Indikationsgebiet vorsehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt die Grundsätze für die Therapiehinweise nach den Sätzen 1 und 7 in seiner Verfahrensordnung. Verordnungseinschränkungen oder Verordnungsausschlüsse nach Absatz 1 für Arzneimittel beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss gesondert in Richtlinien außerhalb von Therapiehinweisen. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann die Verordnung eines Arzneimittels nur einschränken oder ausschließen, wenn die Wirtschaftlichkeit nicht durch einen Festbetrag nach § 35 hergestellt werden kann. Verordnungseinschränkungen oder -ausschlüsse eines Arzneimittels wegen Unzweckmäßigkeit nach Absatz 1 Satz 1 dürfen den Feststellungen der Zulassungsbehörde über Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit eines Arzneimittels nicht widersprechen.

(2a) Der Gemeinsame Bundesausschuss kann im Einzelfall mit Wirkung für die Zukunft vom pharmazeutischen Unternehmer im Benehmen mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte oder dem Paul-Ehrlich-Institut innerhalb einer angemessenen Frist ergänzende versorgungsrelevante Studien zur Bewertung der Zweckmäßigkeit eines Arzneimittels fordern. Absatz 3a gilt für die Forderung nach Satz 1 entsprechend. Das Nähere zu den Voraussetzungen, zu der Forderung ergänzender Studien, zu Fristen sowie zu den Anforderungen an die Studien regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung. Werden die Studien nach Satz 1 nicht oder nicht rechtzeitig vorgelegt, kann der Gemeinsame Bundesausschuss das Arzneimittel abweichend von Absatz 1 Satz 1 von der Verordnungsfähigkeit ausschließen. Eine gesonderte Klage gegen die Forderung ergänzender Studien ist ausgeschlossen.

(3) Für Klagen gegen die Zusammenstellung der Arzneimittel nach Absatz 2 gelten die Vorschriften über die Anfechtungsklage entsprechend. Die Klagen haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Eine gesonderte Klage gegen die Gliederung nach Indikationsgebieten oder Stoffgruppen nach Absatz 2 Satz 2, die Zusammenfassung der Arzneimittel in Gruppen nach Absatz 2 Satz 4 oder gegen sonstige Bestandteile der Zusammenstellung nach Absatz 2 ist unzulässig.

(3a) Vor der Entscheidung über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Verordnung von Arzneimitteln und zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes und Therapiehinweisen nach Absatz 2 Satz 7 ist den Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer, den betroffenen pharmazeutischen Unternehmern, den Berufsvertretungen der Apotheker und den maßgeblichen Dachverbänden der Ärztegesellschaften der besonderen Therapierichtungen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat unter Wahrung der Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse Gutachten oder Empfehlungen von Sachverständigen, die er bei Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Verordnung von Arzneimitteln und zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes sowie bei Therapiehinweisen nach Absatz 2 Satz 7 zu Grunde legt, bei Einleitung des Stellungnahmeverfahrens zu benennen und zu veröffentlichen sowie in den tragenden Gründen der Beschlüsse zu benennen.

(4) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 sind insbesondere zu regeln

1. die Anwendung wirtschaftlicher Verfahren und die Voraussetzungen, unter denen mehrere Maßnahmen zur Früherkennung zusammenzufassen sind,

2. das Nähere über die Bescheinigungen und Aufzeichnungen bei Durchführung der Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,

3. Einzelheiten zum Verfahren und zur Durchführung von Auswertungen der Aufzeichnungen sowie der Evaluation der Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten einschließlich der organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme nach § 25a.

(4a) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31. Dezember 2021 in den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 Regelungen zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der ausschließlichen Fernbehandlung in geeigneten Fällen. Bei der Festlegung der Regelungen nach Satz 1 ist zu beachten, dass im Falle der erstmaligen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der ausschließlichen Fernbehandlung diese nicht über einen Zeitraum von bis zu drei Kalendertagen hinausgehen und ihr keine Feststellung des Fortbestehens der Arbeitsunfähigkeit folgen soll. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages zwei Jahre nach dem Inkrafttreten der Regelungen nach Satz 1 über das Bundesministerium für Gesundheit einen Bericht über deren Umsetzung vorzulegen. Bei der Erstellung des Berichtes ist den Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. In Ergänzung der nach Satz 1 beschlossenen Regelungen beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31. Januar 2024 in den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 Regelungen zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei Erkrankungen, die keine schwere Symptomatik vorweisen sowie ausschließlich bezogen auf in der jeweiligen ärztlichen Praxis bekannte Patientinnen und Patienten auch nach telefonischer Anamnese.

(5) Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 8 ist den in § 111b Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer, den Rehabilitationsträgern (§ 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 7 des Neunten Buches) sowie der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. In den Richtlinien ist zu regeln, bei welchen Behinderungen, unter welchen Voraussetzungen und nach welchen Verfahren die Vertragsärzte die Krankenkassen über die Behinderungen von Versicherten zu unterrichten haben.

(6) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist insbesondere zu regeln

1. der Katalog verordnungsfähiger Heilmittel,

2. die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen,

3. die indikationsbezogenen orientierenden Behandlungsmengen und die Zahl der Behandlungseinheiten je Verordnung,

4. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit dem jeweiligen Heilmittelerbringer,

5. auf welche Angaben bei Verordnungen nach § 73 Absatz 11 Satz 1 verzichtet werden kann sowie

6. die Dauer der Gültigkeit einer Verordnung nach § 73 Absatz 11 Satz 1.

Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien zur Verordnung von Heilmitteln nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist den in § 125 Abs. 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(6a) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 ist insbesondere das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, das Antrags- und Gutachterverfahren, die probatorischen Sitzungen sowie über Art, Umfang und Durchführung der Behandlung zu regeln; der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. Sofern sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden; das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach Satz 1 und nach Absatz 6b. Die Richtlinien nach Satz 1 haben darüber hinaus Regelungen zu treffen über die inhaltlichen Anforderungen an den Konsiliarbericht und an die fachlichen Anforderungen des den Konsiliarbericht (§ 28 Abs. 3) abgebenden Vertragsarztes. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in den Richtlinien nach Satz 1 Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapien und der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Ergänzung der Richtlinien nach Satz 1 Regelungen zur weiteren Förderung der Gruppentherapie und der weiteren Vereinfachung des Gutachterverfahrens; für Gruppentherapien findet ab dem 23. November 2019 kein Gutachterverfahren mehr statt. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren aufzuheben, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a eingeführt hat.

(6b) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Richtlinie nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die diagnoseorientiert und leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. In der Richtlinie sind auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung zu treffen.

(7) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 sind insbesondere zu regeln

1. die Verordnung der häuslichen Krankenpflege und deren ärztliche Zielsetzung,

2. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit dem jeweiligen Leistungserbringer und dem Krankenhaus,

3. die Voraussetzungen für die Verordnung häuslicher Krankenpflege und für die Mitgabe von Arzneimitteln im Krankenhaus im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt,

4. Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur Dekolonisation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA),

5. Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung.

Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist den in § 132a Abs. 1 Satz 1 genannten Leistungserbringern und zu den Regelungen gemäß Satz 1 Nummer 5 zusätzlich den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(7a) Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien zur Verordnung von Hilfsmitteln nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist den in § 127 Absatz 9 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer und den Spitzenorganisationen der betroffenen Hilfsmittelhersteller auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(7b) Vor der Entscheidung über die Richtlinien zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 14 ist den maßgeblichen Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie den in § 132a Abs. 1 Satz 1 genannten Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(7c) Vor der Entscheidung über die Richtlinien zur Verordnung von Soziotherapie nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist den maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer der Soziotherapieversorgung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(7d) Vor der Entscheidung über die Richtlinien nach den §§ 135, 137c und § 137e ist den jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; bei Methoden, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts beruht, ist auch den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Medizinprodukthersteller und den jeweils betroffenen Medizinprodukteherstellern Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Bei Methoden,

bei denen radioaktive Stoffe oder ionisierende Strahlung am Menschen angewandt werden, ist auch der Strahlenschutzkommission Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(7e) Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 9 erhalten die Länder ein Antrags- und Mitberatungsrecht. Es wird durch zwei Vertreter der Länder ausgeübt, die von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder benannt werden. Die Mitberatung umfasst auch das Recht, Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung setzen zu lassen und das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat über Anträge der Länder in der nächsten Sitzung des jeweiligen Gremiums zu beraten. Wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, soll in der Sitzung das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festgelegt werden. Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch den zuständigen Unterausschuss sind nur im Einvernehmen mit den beiden Vertretern der Länder zu treffen. Dabei haben diese ihr Votum einheitlich abzugeben.

(7f) Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 und den Beschlüssen nach den §§ 136b und 136c erhalten die Länder ein Antrags- und Mitberatungsrecht; Absatz 7e Satz 2 bis 7 gilt entsprechend. Vor der Entscheidung über die Richtlinien nach § 136 Absatz 1 in Verbindung mit § 136a Absatz 1 Satz 1 bis 3 ist dem Robert Koch-Institut Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Robert Koch-Institut hat die Stellungnahme mit den wissenschaftlichen Kommissionen am Robert Koch-Institut nach § 23 des Infektionsschutzgesetzes abzustimmen. Die Stellungnahme ist in die Entscheidung einzubeziehen.

(7g) Vor der Entscheidung über die Richtlinien zur Verordnung außerklinischer Intensivpflege nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ist den in § 132l Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der betroffenen Versicherten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(8) Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind Bestandteil der Bundesmantelverträge.

§ 107 SGB V
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.

§ 139e SGB V
Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung

(1) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte führt ein Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Gesundheitsanwendungen nach § 33a. Das Verzeichnis ist nach Gruppen von digitalen Gesundheitsanwendungen zu strukturieren, die in ihren Funktionen und Anwendungsbereichen vergleichbar sind. Das Verzeichnis und seine Änderungen sind vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Bundesanzeiger bekannt zu machen und im Internet zu veröffentlichen.

(2) Die Aufnahme in das Verzeichnis erfolgt auf elektronischen Antrag des Herstellers beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Der Hersteller hat dem Antrag Nachweise darüber beizufügen, dass die digitale Gesundheitsanwendung

1. den Anforderungen an Sicherheit, Funktionstauglichkeit und Qualität einschließlich der Interoperabilität des Medizinproduktes entspricht,

2. den Anforderungen an den Datenschutz entspricht und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet und

3. positive Versorgungseffekte aufweist.

Ein positiver Versorgungseffekt nach Satz 2 Nummer 3 ist entweder ein medizinischer Nutzen oder eine patientenrelevante Struktur- und Verfahrensverbesserung in der Versorgung. Der Hersteller hat die nach Absatz 8 Satz 1 veröffentlichten Antragsformulare für seinen Antrag zu verwenden.

(3) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet über den Antrag des Herstellers innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Antragsunterlagen durch Bescheid. Die Entscheidung umfasst auch die Bestimmung der ärztlichen Leistungen, der Leistungen der Heilmittelerbringer oder der Leistungen der Hebammenhilfe, die jeweils zur Versorgung mit der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung erforderlich sind, sowie die Bestimmung der Daten aus Hilfsmitteln und Implantaten, die nach § 374a von der digitalen Gesundheitsanwendung verarbeitet werden. Legt der Hersteller unvollständige Antragsunterlagen vor, hat ihn das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte aufzufordern, den Antrag innerhalb einer Frist von drei Monaten zu ergänzen. Liegen nach Ablauf der Frist keine vollständigen Antragsunterlagen vor und hat der Hersteller keine Erprobung nach Absatz 4 beantragt, ist der Antrag abzulehnen.

(4) Ist dem Hersteller der Nachweis positiver Versorgungseffekte nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 noch nicht möglich, kann er nach Absatz 2 auch beantragen, dass die digitale Gesundheitsanwendung für bis zu zwölf Monate in das Verzeichnis zur Erprobung aufgenommen wird. Der Hersteller hat dem Antrag neben den Nachweisen nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 eine plausible Begründung des Beitrags der digitalen Gesundheitsanwendung zur Verbesserung der Versorgung und ein von einer herstellerunabhängigen Institution erstelltes wissenschaftliches Evaluationskonzept zum Nachweis positiver Versorgungseffekte beizufügen. Im Bescheid nach Absatz 3 Satz 1 hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte den Hersteller zum Nachweis der positiven Versorgungseffekte zu verpflichten und das Nähere zu den entsprechenden erforderlichen Nachweisen, einschließlich der zur Erprobung erforderlichen ärztlichen Leistungen oder der Leistungen der Heilmittelerbringer oder der Hebammen, zu bestimmen. Die Erprobung und deren Dauer sind im Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen kenntlich zu machen. Der Hersteller hat dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte spätestens nach Ablauf des Erprobungszeitraums die Nachweise für positive Versorgungseffekte der erprobten digitalen Gesundheitsanwendung vorzulegen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet über die endgültige Aufnahme der erprobten digitalen Gesundheitsanwendung innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Nachweise durch Bescheid. Sind positive Versorgungseffekte nicht hinreichend belegt, besteht aber aufgrund der vorgelegten Erprobungsergebnisse eine überwiegende Wahrscheinlichkeit einer späteren Nachweisführung, kann das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte den Zeitraum der vorläufigen Aufnahme in das Verzeichnis zur Erprobung um bis zu zwölf Monate verlängern. Lehnt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eine endgültige Aufnahme in das Verzeichnis ab, so hat es die zur Erprobung vorläufig aufgenommene digitale Gesundheitsanwendung aus dem Verzeichnis zu streichen. Eine erneute Antragstellung nach Absatz 2 ist frühestens zwölf Monate nach dem ablehnenden Bescheid des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medi-

zinprodukte und auch nur dann zulässig, wenn neue Nachweise für positive Versorgungseffekte vorgelegt werden. Eine wiederholte vorläufige Aufnahme in das Verzeichnis zur Erprobung ist nicht zulässig.

(5) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte informiert die Vertragspartner nach § 87 Absatz 1 zeitgleich mit der Aufnahme digitaler Gesundheitsanwendungen in das Verzeichnis über die ärztlichen Leistungen, die als erforderlich für die Versorgung mit der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung oder für deren Erprobung bestimmt wurden. Wurde eine Leistung eines Heilmittelerbringers oder einer Hebamme als erforderlich für die Versorgung mit der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung oder für deren Erprobung bestimmt, informiert das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die Vertragspartner nach § 125 Absatz 1 oder § 134a Absatz 1 über diese Leistung.

(6) Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen, die in das Verzeichnis aufgenommen wurden, sind verpflichtet, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte unverzüglich anzuzeigen,

1. dass sie wesentliche Veränderungen an den digitalen Gesundheitsanwendungen vorgenommen haben oder

2. dass Änderungen an den im Verzeichnis veröffentlichten Informationen notwendig sind.

Der Hersteller hat die nach Absatz 8 Satz 1 veröffentlichten Anzeigeformulare für seine Anzeigen zu verwenden. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet innerhalb von drei Monaten nach der Anzeige durch Bescheid darüber, ob das Verzeichnis anzupassen ist oder ob die digitale Gesundheitsanwendung aus dem Verzeichnis zu streichen ist. Erlangt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte Kenntnis von anzeigepflichtigen Veränderungen einer digitalen Gesundheitsanwendung, so hat es dem jeweiligen Hersteller eine Frist zur Anzeige zu setzen, die in der Regel nicht mehr als vier Wochen betragen darf. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte kann dem Hersteller gleichzeitig ein Zwangsgeld von bis zu 100 000 Euro androhen und dieses Zwangsgeld im Falle der Nichteinhaltung der Frist zur Anzeige festsetzen. Kommt der Hersteller der Aufforderung zur Anzeige wesentlicher Veränderungen nicht innerhalb der gesetzten Frist nach, kann das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die digitale Gesundheitsanwendung aus dem Verzeichnis streichen. Der Hersteller ist verpflichtet, Veränderungen an der digitalen Gesundheitsanwendung zu dokumentieren. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte kann die Vorlage der Dokumentation verlangen, wenn das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte Kenntnis davon erhält, dass der Hersteller der Anzeigepflicht nach Satz 1 nicht nachgekommen ist. Auf Antrag des Herstellers ist eine digitale Gesundheitsanwendung aus dem Verzeichnis zu streichen.

(7) Die Kosten des Verwaltungsverfahrens nach den Absätzen 2, 3, 4 und 6, einschließlich des Widerspruchsverfahrens gegen einen auf Grund dieser Vorschriften erlassenen Verwaltungsakt oder gegen die auf Grund der Rechtsverordnung nach Absatz 9 erfolgte Festsetzung von Gebühren und Auslagen, trägt der Hersteller. Die Verwaltungskosten werden nach pauschalierten Gebührensätzen erhoben. Kosten für individuell zurechenbare öffentliche Leistungen, die nicht in die Gebühren einbezogen sind, werden als Auslagen gesondert in der tatsächlich entstandenen Höhe erhoben. Für die Erhebung der Gebühren und Auslagen durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte gelten die §§ 13 bis 21 des Bundesgebührengesetzes entsprechend.

(8) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte veröffentlicht im Internet einen Leitfaden zu Antrags- und Anzeigeverfahren sowie elektronische Formulare für vollständige Antrags- und Anzeigeunterlagen in deutscher und englischer Sprache. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte berät die Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen zu den Antrags- und Anzeigeverfahren sowie zu den Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit die Versorgung mit der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung nach § 33a zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden kann. Für die Beratung können Gebühren nach pauschalierten Gebührensätzen erhoben werden; Absatz 7 Satz 4 gilt entsprechend.

(9) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu regeln zu

1. Den Inhalten des Verzeichnisses, dessen Veröffentlichung, der Interoperabilität des elektronischen Verzeichnisses mit elektronischen Transparenzportalen Dritter und der Nutzung der Inhalte des Verzeichnisses durch Dritte.

2. den nach Absatz 2 Satz 2 nachzuweisenden Anforderungen, einschließlich der Anforderungen an die Interoperabilität und die Erfüllung der Verpflichtung zur Integration von Schnittstellen, sowie zu den positiven Versorgungseffekten,

3. den nach Absatz 4 Satz 2 zu begründenden Versorgungsverbesserungen und zu dem nach Absatz 4 Satz 2 beizufügenden Evaluationskonzept zum Nachweis positiver Versorgungseffekte,

4. den nach Absatz 6 Satz 1 anzeigepflichtigen Veränderungen und der Verpflichtung der Hersteller zur Dokumentation der Vornahme von Veränderungen an der digitalen Gesundheitsanwendung nach Absatz 6 Satz 7,

5. den Einzelheiten der Antrags- und Anzeigeverfahren und des Formularwesens beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte,

6. den Gebühren und Gebührensätzen für die von den Herstellern zu tragenden Kosten sowie den Auslagen nach den Absätzen 7 und 8 Satz 3,

7. der Bestellung der Mitglieder der Schiedsstelle nach § 134, der Erstattung der baren Auslagen und der Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle nach § 134, dem Verfahren, dem Teilnahmerecht des Bundesministeriums für Gesundheit und der Patientenorganisationen nach § 140f an den Sitzungen der Schiedsstelle nach § 134 sowie der Verteilung der Kosten.

Die Regelungen nach Satz 1 Nummer 2 und 3 erfolgen unter Berücksichtigung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin.

(10) Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik legt im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und im Benehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit erstmals bis zum 1. Januar 2024 und dann in der Regel jährlich die von digitalen Gesundheitsanwendungen nachzuweisenden Anforderungen an die Datensicherheit nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 fest. Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik bietet ab dem 1. Juni 2024 Verfahren zur Prüfung der Einhaltung der Anforderungen nach Satz 1 sowie Verfahren zur Bestätigung der Einhaltung der Anforderungen nach Satz 1 durch entsprechende Zertifikate an. Der Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an die Datensicherheit durch den Hersteller ist spätestens ab dem 1. Januar 2025 unter Vorlage eines Zertifikates nach Satz 2 zu führen.

(11) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte legt im Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik erstmals bis zum 31. März 2022 und dann in der Regel jährlich die Prüfkriterien für die von digitalen Gesundheitsanwendungen nachzuweisenden Anforderungen an den Datenschutz nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 fest. Der Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an den Datenschutz durch den Hersteller ist ab dem 1. April 2024 durch Vorlage eines anhand der Prüfkriterien nach Satz 1 ausgestellten Zertifikates nach Artikel 42 der Verordnung (EU) 2016/679 zu führen.

(12) In das Verzeichnis nach Absatz 1 können auch digitale Gesundheitsanwendungen aufgenommen werden, die durch die Träger der Rentenversicherung als Leistungen zur Teilhabe nach dem Sechsten Buch erbracht werden. Die Absätze 1 bis 4a und 6 bis 10 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass für digitale Gesundheitsanwendungen nach Satz 1 neben dem Nachweis positiver Versorgungseffekte nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 zusätzlich der Nachweis des Erhalts der Erwerbsfähigkeit zu führen ist. Nähere Regelungen zu dem zusätzlichen Nachweis des Erhalts der Erwerbsfähigkeit durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 9 Satz 1 bedürfen des Einvernehmens mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Durch die Regelungen in den Sätzen 1 und 2 werden keine Leistungsverpflichtungen für die Krankenkassen begründet.

§ 176 SGB V
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

(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.

§ 223 SGB V
Beitragspflicht, beitragspflichtige Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze

(1) Die Beiträge sind für jeden Kalendertag der Mitgliedschaft zu zahlen, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt.

(2) Die Beiträge werden nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bemessen. Für die Berechnung ist die Woche zu sieben, der Monat zu dreißig und das Jahr zu dreihundertsechzig Tagen anzusetzen.

(3) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von einem Dreihundertsechzigstel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze). Einnahmen, die diesen Betrag übersteigen, bleiben außer Ansatz, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt.

§ 232b SGB V
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.

§ 241 SGB V
Allgemeiner Beitragssatz

Der allgemeine Beitragssatz beträgt 14,6 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

§ 249c SGB V
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 SGB V
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 Satz 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.

*) Anm. d. Red.: Die nicht durchführbare Änderung in Artikel 12 Abs. 9 Nr. 7 G. v. 16. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2328) wurde sinngemäß konsolidiert.

§ 257 SGB V
Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(bis 31.12.2008 geltende Fassung)

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 01. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,

2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 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,

3. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,

4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und

5. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat.

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

§ 257 SGB V
Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(ab 01.01.2009 geltende Fassung)

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

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,

2. einen Basistarif im Sinne des § 152 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtgesetzes anbietet,

   2a. sich verpflichtet, Interessenten vor Abschluss der Versicherung das amtliche Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 146 Absatz 1 Nummer 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes auszuhändigen, welches über die verschiedenen Prinzipien der gesetzlichen sowie der privaten Krankenversicherung aufklärt

3. soweit es über versicherte Personen im brancheneinheitlichen Standardtarif im Sinne von § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung verfügt, sich verpflichtet, die in § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung in Bezug auf den Standardtarif genannten Pflichten einzuhalten,

4. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,

5. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet,

6. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat.

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

§ 290 SGB V
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 zu Stande 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.

(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 SGB V
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 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 Dienste der Telematikinfrastruktur genutzt werden können, sobald diese zur Verfügung stehen. § 630e des Bürgerlichen Gesetzbuchs ist zu beachten.

§ 403 SGB V
Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(2) Zur Gewährleistung der in § 257 Absatz 2a Satz 1 Nummer 2 bis 2c in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung genannten Begrenzung bleiben im Hinblick auf die ab dem 1. Januar 2009 weiterhin im Standardtarif Versicherten alle Versicherungsunternehmen, die die nach § 257 Absatz 2 zuschussberechtigte Krankenversicherung betreiben, verpflichtet, an einem finanziellen Spitzenausgleich teilzunehmen, dessen Ausgestaltung zusammen mit den Einzelheiten des Standardtarifs zwischen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und dem Verband der privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die beteiligten Unternehmen zu vereinbaren ist und der eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen bewirkt. Für in § 257 Absatz 2a Satz 1 Nummer 2c in der bis 31. Dezember 2008 geltenden Fassung genannte Personen, bei denen eine Behinderung nach § 4 Absatz 1 des Schwerbehindertengesetzes festgestellt worden ist, wird ein fiktiver Zuschlag von 100 Prozent auf die Bruttoprämie angerechnet, der in den Ausgleich nach Satz 1 einbezogen wird

§ 404 SGB V
Standardtarif für Personen ohne Versicherungsschutz

(1) Personen, die weder

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind,

2. über eine private Krankheitsvollversicherung verfügen,

3. einen Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben,

4. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben noch

5. Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches beziehen,

können bis zum 31. Dezember 2008 Versicherungsschutz im Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a 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 Abs. 2a Nr. 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 Nr. 3 können auch Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen, die bisher nicht über eine auf Ergänzung der Beihilfe beschränkte private Krankenversicherung verfügen und auch nicht freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, eine die Beihilfe ergänzende Absicherung im Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a 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 Abs. 2a Satz 1 Nr. 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 Abs. 2b in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung oder für spätere Tarifwechsel erforderlich ist. Abweichend von § 257 Abs. 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.

§ 3 SGB VI
Sonstige Versicherte

(1) 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,

3. für die sie von einem Leistungsträger Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld oder von der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung Pflegeunterstützungsgeld beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung zuletzt versicherungspflichtig waren; der Zeitraum von einem Jahr verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von 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 selbständig tätig sind, sind nicht nach Satz 1 Nr. 1a versicherungspflichtig. Wehrdienstleistende oder Zivildienstleistende, die für die Zeit ihres Dienstes Arbeitsentgelt weitererhalten oder Leistungen an Selbständige nach § 6 des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, sind nicht nach Satz 1 Nr. 2 versicherungspflichtig; die Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit gilt in diesen Fällen als nicht unterbrochen. Trifft eine Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit einer Versicherungspflicht nach § 1 Satz 1 Nr. 2 oder 3 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind. Die Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 2b und 4 erstreckt sich auch auf Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben.

§ 15 SGB VI
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 SGB VI
Besonderheit bei der Durchführung der Versicherung und bei den Leistungen

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

1. einer Kindererziehung,

2. eines Wehrdienstes oder Zivildienstes,

3. eines Bezuges von Sozialleistungen oder von Vorruhestandsgeld

bei ihr versichert sind, in der knappschaftlichen Rentenversicherung durch, wenn diese im letzten Jahr vor Beginn dieser Zeiten zuletzt wegen einer Beschäftigung in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert waren.

§ 166 SGB VI a.F (alte Fassung)
Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter

(bis 31.12.2016 geltende Fassung)

(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.

§ 166 SGB VI n.F. (neue Fassung)
Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter

(ab 01.01.2017 geltende Fassung)

(1) Beitragspflichtige Einnahmen sind

1. bei Personen, die als Wehr- oder Zivildienst Leistende versichert sind, 80 Prozent der Bezugsgröße; bei Teilzeitbeschäftigung wird dieser Prozentsatz mit dem Teilzeitanteil vervielfältigt,

1a. bei Personen, die als Wehr- oder Zivildienst Leistende versichert sind und Leistungen nach § 5 oder § 8 Absatz 1 Satz 1 jeweils in Verbindung mit Anlage 1 des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, das Arbeitsentgelt, das dieser Leistung vor Abzug von Steuern und Beiträgen zugrunde liegt oder läge, mindestens jedoch 80 Prozent der Bezugsgröße; bei Teilzeitbeschäftigung wird dieser Prozentsatz mit dem Teilzeitanteil vervielfältigt,

1b. bei Personen, die in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes versichert sind, die daraus gewährten Dienstbezüge in dem Umfang, in dem sie bei Beschäftigten als Arbeitsentgelt zu berücksichtigen wären,

1c. bei Personen, die als ehemalige Soldaten auf Zeit Übergangsgebührnisse beziehen, die nach § 11 des Soldatenversorgungsgesetzes gewährten Übergangsgebührnisse; liegen weitere Versicherungsverhältnisse vor, ist beitragspflichtige Einnahme höchstens die Differenz aus der Beitragsbemessungsgrenze und den beitragspflichtigen Einnahmen aus den weiteren Versicherungsverhältnissen,

2. bei Personen, die Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld beziehen, 80 vom Hundert des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 vom Hundert des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem nicht geringfügigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind, und bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung das dem Krankengeld zugrundeliegende Einkommen nicht zu berücksichtigen ist,

2a. bei Personen, die im Anschluss an den Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches oder Verletztengeld beziehen, monatlich der Betrag von 205 Euro,

2b. bei Personen, die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen; wird dieses Krankengeld nach § 47b des Fünften Buches gezahlt, gilt Nummer 2,

2c. bei Personen, die Teilarbeitslosengeld beziehen, 80 vom Hundert des dieser Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts,

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

2e. bei Personen, die Krankengeld nach § 45 Absatz 1 des Fünften Buches oder Verletztengeld nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches in Verbindung mit § 45 Absatz 1 des Fünften Buches beziehen, 80 vom Hundert des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts oder des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitseinkommens,

2f. bei Personen, die Pflegeunterstützungsgeld beziehen, 80 vom Hundert des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts,

3. bei Beziehern von Vorruhestandsgeld das Vorruhestandsgeld,

4. bei Entwicklungshelfern das Arbeitsentgelt oder, wenn dies günstiger ist, der Betrag, der sich ergibt, wenn die Beitragsbemessungsgrenze mit dem Verhältnis vervielfältigt wird, in dem die Summe der Arbeitsentgelte oder Arbeitseinkommen für die letzten drei vor Aufnahme der nach § 4 Abs. 1 versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit voll mit Pflichtbeiträgen belegten Kalendermonate zur Summe der Beträge der Beitragsbemessungsgrenzen für diesen Zeitraum steht; der Verhältniswert beträgt mindestens 0,6667,

4a. bei Personen, die für eine begrenzte Zeit im Ausland beschäftigt sind, das Arbeitsentgelt oder der sich abweichend vom Arbeitsentgelt nach Nummer 4 ergebende Betrag, wenn dies mit der antragstellenden Stelle vereinbart wird; die Vereinbarung kann nur für laufende und künftige Lohn- und Gehaltsabrechnungszeiträume getroffen werden,

4b. bei sekundierten Personen das Arbeitsentgelt und die Leistungen nach § 9 des Sekundierungsgesetzes; im Übrigen gilt Nummer 4 entsprechend,

4c. bei sonstigen im Ausland beschäftigten Personen, die auf Antrag versicherungspflichtig sind, das Arbeitsentgelt,

5. bei Personen, die für Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind, 80 vom Hundert des zuletzt für einen vollen Kalendermonat versicherten Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens.

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

1. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 5 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 des Elften Buches

   a) 100 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,

   b) 85 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,

   c) 70 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,

2. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 4 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 4 des Elften Buches

   a) 70 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,

   b) 59,5 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,

   c) 49 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,

3. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 3 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 3 des Elften Buches

   a) 43 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,

   b) 36,55 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,

   c) 30,1 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,

4. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 2 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 des Elften Buches

   a) 27 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,

   b) 22,95 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,

   c) 18,9 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht.

Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus (Mehrfachpflege), sind die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 entsprechend dem nach § 44 Absatz 1 Satz 3 des Elften Buches festgestellten prozentualen Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand je pflegebedürftiger Person aufzuteilen. Werden mehrere Pflegebedürftige gepflegt, ergeben sich die beitragspflichtigen Einnahmen jeweils nach den Sätzen 1 und 2.

(3) (weggefallen)

§ 170 SGB VI
Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

(1) Die Beiträge werden getragen

1. bei Wehr- oder Zivildienst Leistenden, ehemaligen Soldaten auf Zeit während des Bezugs von Übergangsgebührnissen nach § 11 des Soldatenversorgungsgesetzes, Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes und für Kindererziehungszeiten vom Bund,

2. bei Personen, die

   a) Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von den Beziehern der Leistung und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen und diese Leistungen nicht in Höhe der

Leistungen der Bundesagentur für Arbeit zu zahlen sind, im Übrigen vom Leistungsträger; die Beiträge werden auch dann von den Leistungsträgern getragen, wenn die Bezieher der Leistung zur Berufsausbildung beschäftigt sind und das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt,

b) Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld beziehen, von den Leistungsträgern,

c) Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, vom Leistungsträger,

d) für Personen, die Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen erhalten, von der Stelle, die die Leistung erbringt; wird die Leistung von mehreren Stellen erbracht, sind die Beiträge entsprechend anteilig zu tragen,

e) Pflegeunterstützungsgeld beziehen, von den Beziehern der Leistung zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im Übrigen

aa) von der Pflegekasse, wenn der Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist,

bb) von dem privaten Versicherungsunternehmen, wenn der Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfrei ist,

cc) von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig, wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge hat und in der sozialen Pflegeversicherung oder bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert ist; ist ein Träger der Rentenversicherung Festsetzungsstelle für die Beihilfe, gelten die Beiträge insoweit als gezahlt; dies gilt auch im Verhältnis der Rentenversicherungsträger untereinander;

die Beiträge werden von den Stellen, die die Leistung zu erbringen haben, allein getragen, wenn die Bezieher der Leistung zur Berufsausbildung beschäftigt sind und das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen 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,

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 SGB VI
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 SGB VI
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 SGB VI
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

§ 45 SGB VII
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.

§ 2 SGB IX
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.

§ 15 SGB XI
Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 2 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2 ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Medizinische Dienst Bund konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung
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	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Ziffer	Kriterien	nie oder sehr selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)	häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien: Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12
Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 – 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/ Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgenden 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 parental oder über Sonde	0	6	3

Das Kriterium ist mit „entfällt“ (0 Punkte) zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das Kriterium ist mit „teilweise“ (6 Punkte) zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.

Das Kriterium ist mit „vollständig“ (3 Punkte) zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt.

Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.K
Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.13 durch das Kriterium 4.K ersetzt und wie folgt gewertet:

Ziffer	Kriterium	Einzelpunkte
4.K	Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen	20

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Das Modul umfasst sechzehn Kriterien. Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7
Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen
pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektionen (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.1 bis 5.7		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7				
Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal täglich	mindestens einmal bis maximal dreimal täglich	mehr als dreimal bis maximal achtmal täglich	mehr als achtmal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.7 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.1 bis 5.7 summiert (erfolgt zum Beispiel täglich dreimal eine Medikamentengabe - Kriterium 5.1 - und einmal Blutzuckermessen - Kriterium 5.6 -, entspricht dies vier Maßnahmen pro Tag). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11
Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden	0			

5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.8 bis 5.11		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11				
Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis mehrmals wöchentlich	ein- bis unter dreimal täglich	mindestens dreimal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.8 bis 5.11 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer voraussichtlich für mindestens sechs Monate vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.8 bis 5.11 summiert. Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K
Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium in Bezug auf	entfällt oder selbständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2

Für das Kriterium der Ziffer 5.12 wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die wöchentlich vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die monatlich vorkommen, erfasst. Kommen Maßnahmen regelmäßig täglich vor, werden 60 Punkte vergeben.

Jede regelmäßige wöchentliche Maßnahme wird mit 8,6 Punkten gewertet. Jede regelmäßige monatliche Maßnahme wird mit zwei Punkten gewertet.

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.13	Arztbesuche	0	4,3	1
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	0	4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0	8,6	2
5.K	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0	4,3	1

Für jedes der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, erfasst. Jeder regelmäßige monatliche Besuch wird mit einem Punkt gewertet. Jeder regelmäßige wöchentliche Besuch wird mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen, werden sie doppelt gewertet.

Die Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 – bei Kindern bis 5.K – werden addiert. Die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15 – bei Kindern bis 5.K – werden anhand der Summe der so erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe	Einzelpunkte
0 bis unter 4,3	0
4,3 bis unter 8,6	1
8,6 bis unter 12,9	2
12,9 bis unter 60	3

60 und mehr	6

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16
Die Ausprägung des Kriteriums der Ziffer 5.16 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sichbeschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direktem Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung
Anlage 2 (zu § 15)

Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)
Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul

Module		Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1	Mobilität	**10 %**	0-1	2-3	4-5	6-9	10-15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
			0	**2,5**	**5**	**7,5**	**10**	**Gewichtete Punkte im Modul 1**
2	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	**15 %**	0-1	2-5	6-10	11-16	17-33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3	Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1-2	3-4	5-6	7-65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
	Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		**0**	**3,75**	**7,5**	**11,25**	**15**	**Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3**

4	Selbstversorgung	**40 %**	0-2	3-7	8-18	19-36	37-54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
			0	**10**	**20**	**30**	**40**	**Gewichtetet Punkte im Modul 4**
5	Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	**20 %**	0	1	2-3	4-5	6-15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
			0	**5**	**10**	**15**	**20**	**Gewichtete Punkte im Modul 5**
6	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	**15 %**	0	1-3	4-6	7-11	12-18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
			0	**3,75**	**7,5**	**11,25**	**15**	**Gewichtete Punkte im Modul 6**
7	Außerhäusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					
8	Haushaltsführung							

§ 20 SGB XI
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 Abs. 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden,

3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler, die nach § 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versicherungspflichtig sind,

4. 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, die Leistungen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,

7. Behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 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 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 Gemeinschaften 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 SGB XI
Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für sonstige Personen

Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung besteht auch für Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland, die

1. nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, einen Anspruch auf Heilbehandlung oder Krankenbehandlung haben,

2. Kriegsschadenrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz beziehen,

3. ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen beziehen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,

4. laufende Leistungen zum Unterhalt und Leistungen der Krankenhilfe nach dem Achten Buch beziehen,

5. krankenversorgungsberechtigt nach dem Bundesentschädigungsgesetz sind,

6. in das Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit berufen worden sind,

wenn sie gegen das Risiko Krankheit weder in der gesetzlichen Krankenversicherung noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind.

§ 22 SGB XI
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 SGB XI
Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen

(1) Personen, die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen oder im Rahmen von Versicherungsverträgen, die der Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügen, versichert sind, sind vorbehaltlich des Absatzes 2 verpflichtet, bei diesem Unternehmen zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit einen Versicherungsvertrag abzuschließen und aufrechtzuerhalten. Der Vertrag muß ab dem Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht für sie selbst und ihre Angehörigen oder Lebenspartner, für die in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 eine Familienversicherung bestünde, Vertragsleistungen vorsehen, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels gleichwertig sind. Dabei tritt an die Stelle der Sachleistungen eine der Höhe nach gleiche Kostenerstattung.

(2) Der Vertrag nach Absatz 1 kann auch bei einem anderen privaten Versicherungsunternehmen abgeschlossen werden. Das Wahlrecht ist innerhalb von sechs Monaten auszuüben. Die Frist beginnt mit dem Eintritt der individuellen Versicherungspflicht. Das Recht zur Kündigung des Vertrages wird durch den Ablauf der Frist nicht berührt; bei fortbestehender Versicherungspflicht nach Absatz 1 wird eine Kündigung des Vertrages jedoch erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

(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.

§ 25 SGB XI
Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,

2. nicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder nach § 20 Abs. 3 versicherungspflichtig sind,

3. nicht nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind,

4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und

5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches, überschreitet; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für Familienangehörige, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 oder § 8a des Vierten Buches in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches ausüben, ist ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig.

§ 7 Abs. 1 Satz 3 und 4 und Abs. 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie § 10 Absatz 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gelten entsprechend.

(2) Kinder sind versichert:

1. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,

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

3. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr

oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt auch bei einer Unterbrechung durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten; wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres; § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend,

4. ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 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 auf Grund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst oder die Dienstleistungen oder Übungen nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes leisten, für die Dauer des Dienstes bestehen. Dies gilt auch für Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes.

§ 26a SGB XI
Beitrittsrecht

(1) Personen mit Wohnsitz im Inland, die nicht pflegeversichert sind, weil sie zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung am 1. Januar 1995 trotz Wohnsitz im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht oder der Mitversicherung in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung erfüllten, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Abs. 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Ausgenommen sind Personen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch beziehen sowie Personen, die nicht selbst in der Lage sind, einen Beitrag zu zahlen. Der Beitritt ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären; er bewirkt einen Versicherungsbeginn rückwirkend zum 1. April 2001. Die Vorversicherungszeiten nach § 33 Abs. 2 gelten als erfüllt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 1 Anwendung.

(2) Personen mit Wohnsitz im Inland, die erst ab einem Zeitpunkt nach dem 1. Januar 1995 bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht pflegeversichert sind und keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Abs. 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Vom Beitrittsrecht ausgenommen sind die in Absatz 1 Satz 2 genannten Personen sowie Personen, die nur deswegen nicht pflegeversichert sind, weil sie nach dem 1. Januar 1995 ohne zwingenden Grund eine private Kranken- und Pflegeversicherung aufgegeben oder von einer möglichen Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung keinen Gebrauch gemacht haben. Der Beitritt ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären. Er bewirkt einen Versicherungsbeginn zum 1. Januar 2002. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 3 Anwendung.

(3) Ab dem 1. Juli 2002 besteht ein Beitrittsrecht zur sozialen oder privaten Pflegeversicherung nur für nicht pflegeversicherte Personen, die als Zuwanderer oder Auslandsrückkehrer bei Wohnsitznahme im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie für nicht versicherungspflichtige Personen mit Wohnsitz im Inland, bei denen die Ausschlussgründe nach Absatz 1 Satz 2 entfallen sind. Der Beitritt ist gegenüber der nach § 48 Abs. 2 gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen schriftlich innerhalb von drei Monaten nach Wohnsitznahme im Inland oder nach Wegfall der Ausschlussgründe nach Absatz 1 Satz 2 mit Wirkung vom 1. des Monats zu erklären, der auf die Beitrittserklärung folgt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 3 Anwendung. Das Beitrittsrecht nach Satz 1 ist nicht gegeben in Fällen, in denen ohne zwingenden Grund von den in den Absätzen 1 und 2 geregelten Beitrittsrechten kein Gebrauch gemacht worden ist oder in denen die in Absatz 2 Satz 2 aufgeführten Ausschlussgründe vorliegen.

§ 42a SGB XI
Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson

(5) Die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, hat unmittelbar der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen gemäß Absatz 3 zu erstatten. 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 des vorangehenden Jahres 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. Erfolgt die Versorgung des Pflegebedürftigen gemäß Absatz 2 Satz 3 in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen im Umfang des für diese Pflegeeinrichtung geltenden Gesamtheimentgelts unmittelbar der Pflegeeinrichtung zu erstatten.

§ 43a SGB XI
Inhalt der Leistung

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 1, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Absatz 2 genannten Aufwendungen 15 Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 des Neunten Buches vereinbarten Vergütung. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 266 Euro nicht überschreiten. Die Sätze 1 und 2 gelten auch für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3, die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des Neunten Buches erhalten. Wird für die Tage, an denen die Pflegebedürftigen im Sinne der Sätze 1 und 3 zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

§ 44a SGB XI
Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

(1) Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 des Vierten Buches wird, erhalten auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, eine Versicherung bei einem

privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist, sowie für eine damit in Zusammenhang stehende Pflege-Pflichtversicherung. Die Zuschüsse belaufen sich auf die Höhe der Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 240 Abs. 4 Satz 1 des Fünften Buches) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Abs. 4) zu entrichten sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. Für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung werden bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 des Fünften Buches zugrunde gelegt. Bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung sowie bei Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, werden der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a des Fünften Buches zugrunde gelegt. Beschäftigte haben Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, unverzüglich der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem der Pflegebedürftige versichert ist, mitzuteilen.

(4) Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 3 beziehen, erhalten für die Dauer des Leistungsbezuges von den in Absatz 3 bezeichneten Organisationen auf Antrag Zuschüsse zur Krankenversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten. Die Zuschüsse belaufen sich auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung als Leistungsträgeranteil nach § 249c des Fünften Buches aufzubringen wäre, und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. Für die Berechnung nach Satz 3 werden der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a Absatz 2 des Fünften Buches zugrunde gelegt. Für Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 3 beziehen und wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, zahlen die in § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e des Sechsten Buches genannten Stellen auf Antrag Beiträge an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung in der Höhe, wie sie bei Eintritt von Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wären. 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 SGB XI
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 selbständig bewältigen zu können. Angebote zur Unterstützung im Alltag sind

1. Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),

2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),

3. Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des gemäß Absatz 3 erlassenen Landesrechts. Durch ein Angebot zur Unterstützung im Alltag können auch mehrere der in Satz 2 Nummer 1 bis 3 genannten Bereiche abgedeckt werden. In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger oder vergleichbar nahestehender Pflegepersonen im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen, Familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.

(2) Angebote zur Unterstützung im Alltag beinhalten die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zur besseren Bewältigung des Pflegealltags, die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorische Hilfestellungen oder andere geeignete Maßnahmen. Die Angebote verfügen über ein Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots sowie eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten enthält. Das Konzept umfasst ferner Angaben zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen sowie dazu, wie eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert werden. Bei wesentlichen Änderungen hinsichtlich der angebotenen Leistungen ist das Konzept entsprechend fortzuschreiben; bei Änderung der hierfür in Rechnung gestellten Kosten sind die entsprechenden Angaben zu aktualisieren.

(3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne der Absätze 1 und 2 einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote und zur regelmäßigen Übermittlung einer Übersicht über die aktuell angebotenen Leistungen und die Höhe der hierfür erhobenen Kosten zu bestimmen. Beim Erlass der Rechtsverordnung sollen sie die gemäß § 45c Absatz 7 beschlossenen Empfehlungen berücksichtigen.

(4) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag nach § 36 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des nach § 36 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nicht überschreiten. Zur Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 bedarf es keiner vorherigen Antragstellung. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Satz 1 bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag entstanden sind. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen nach Satz 1 als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung. Ist vor der Auszahlung der Kostenerstattung nach Satz 1 für den jeweiligen Kalendermonat bereits mehr Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld an den Pflegebedürftigen ausgezahlt worden, als er nach Berücksichtigung des Betrags der zu erstattenden Aufwendungen beanspruchen kann, wird der Kostenerstattungsbetrag insoweit mit dem bereits ausgezahlten Pflegegeldbetrag verrechnet. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5 und 7 bis 9 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt. Die Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b erfolgen unabhängig voneinander.

§ 55 SGB XI
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.

(1a) Die Bundesregierung darf den Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 ausschließlich zur mittelfristigen Sicherung der Zahlungsfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung anpassen, wenn der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung absehbar die Höhe einer Monatsausgabe laut Haushaltsplänen der Pflegekassen zu unterschreiten droht; mehrere Anpassungen durch Rechtsverordnung dürfen insgesamt nicht höher als 0,5 Beitragssatzpunkte über dem jeweils zuletzt gesetzlich festgesetzten Beitragssatz liegen. Die Rechtsverordnung nach Absatz 1 Satz 2 ist dem Bundestag vor der Zuleitung an den Bundesrat zuzuleiten. Sie kann durch Beschluss des Bundestages geändert oder abgelehnt werden. Der Beschluss des Bundestages wird der Bundesregierung zugeleitet. Hat sich der Bundestag nach Ablauf von drei Sitzungswochen seit Eingang der Rechtsverordnung nicht mit ihr befasst, so wird die unveränderte Rechtsverordnung dem Bundesrat zugeleitet.

(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von 1/360 der in § 6 Abs. 7 des Fünften Buches festgelegten Jahresarbeitsentgeltgrenze für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze).

§ 71 SGB XI
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.

(2) Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige:

1. unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden,

2. ganztägig (vollstationär) oder tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können.

(3) Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne der Absätze 1 und 2 ist neben dem Abschluss einer Ausbildung als

1. Pflegefachfrau oder Pflegefachmann,

2. Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger,

3. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder

4. Altenpflegerin oder Altenpfleger

eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre erforderlich. Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, gelten auch nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sowie Heilerzieherinnen und Heilerzieher mit einer praktischen Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre als ausgebildete Pflegefachkraft. Bei Betreuungsdiensten kann anstelle der verantwortlichen Pflegefachkraft eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre (verantwortliche Fachkraft) eingesetzt werden. Die Rahmenfrist nach den Sätzen 1, 2 oder 3 beginnt acht Jahre vor dem Tag, zu dem die verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des Absatzes 1 oder 2 bestellt werden soll. Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft ist ferner Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde. Anerkennungen als verantwortliche Fachkraft, die im Rahmen der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste erfolgt sind, gelten fort. Für die Anerkennung einer verantwortlichen Fachkraft ist ferner ab dem 1. Januar 2023 ebenfalls Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme im Sinne von Satz 5 durchgeführt wurde.

(4) Keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Absatzes 2 sind

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 SGB XI
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 SGB XI
Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

(1) Zur Sicherstellung der körperbezogenen Pflege, der pflegerischen Betreuung sowie der Haushaltsführung im Sinne des § 36 soll die Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, um dem Pflegebedürftigen zu helfen, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen oder dem besonderen Wunsch des Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen; Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind unzulässig. In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Qualität, Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln; § 112 ist entsprechend anzuwenden. Die Vergütungen sind für Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 Absatz 1 zu vereinbaren. In dem Vertrag ist weiter zu regeln, dass die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflegehilfe erbringen,

kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen. Soweit davon abweichend Verträge geschlossen sind, sind sie zu kündigen. Die Sätze 4 und 5 gelten nicht, wenn

1. das Beschäftigungsverhältnis vor dem 1. Mai 1996 bestanden hat und

2. die vor dem 1. Mai 1996 erbrachten Pflegeleistungen von der zuständigen Pflegekasse aufgrund eines von ihr mit der Pflegekraft abgeschlossenen Vertrages vergütet worden sind.

In den Pflegeverträgen zwischen den Pflegebedürftigen und den Pflegekräften sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern vereinbarten Vergütungen zu beschreiben. § 120 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 78a SGB XI
Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung

(3) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte führt ein barrierefreies Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen. § 139e Absatz 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(5) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet über den Antrag des Herstellers innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Antragsunterlagen durch Bescheid; in begründeten Einzelfällen kann die Frist um bis zu weitere drei Monate verlängert werden. Legt der Hersteller unvollständige Antragsunterlagen vor, fordert ihn das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auf, den Antrag innerhalb von einer Frist von drei Monaten zu ergänzen. Liegen nach Ablauf der Frist keine vollständigen Antragsunterlagen vor, ist der Antrag abzulehnen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte berät die Hersteller digitaler Pflegeanwendungen zu den Antrags- und Anzeigeverfahren sowie zu den Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit die Versorgung mit der jeweiligen digitalen Pflegeanwendung nach den §§ 40a und 40b zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht werden kann. Im Übrigen gilt § 139e Absatz 6 bis 8 des Fünften Buches entsprechend. In seiner Entscheidung stellt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte fest, welche ergänzenden Unterstützungsleistungen für die Nutzung der digitalen Pflegeanwendung erforderlich sind, und informiert die Vertragsparteien nach § 75 Absatz 1, die an Rahmenverträgen über ambulante Pflege beteiligt sind, zeitgleich mit der Aufnahme der digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis nach Absatz 3 hierüber. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte informiert unverzüglich den Spitzenverband Bund der Pflegekassen über die Aufnahme einer digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis nach Absatz 3. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen informiert unverzüglich das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte über den nach Absatz 1 vereinbarten Vergütungsbetrag.

§ 82 SGB XI
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, instand zuhalten 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 SGB XI
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 SGB XI
Pflegesatzverfahren

(8) Die Vereinbarung des Vergütungszuschlages nach § 84 Absatz 8 erfolgt auf der Grundlage, dass

1. die stationäre Pflegeeinrichtung für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Pflegebedürftigen über zusätzliches Betreuungspersonal, in vollstationären Pflegeeinrichtungen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,

2. in der Regel für jeden Pflegebedürftigen 5 Prozent der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und

3. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Pflegebedürftige nicht erbracht wird.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind von der stationären Pflegeeinrichtung im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des stationären Pflegevertrages nachprüfbar und deutlich darauf hinzuweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot besteht. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.

(9) Die Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 9 Satz 1 durch die Vertragsparteien nach Absatz 2 erfolgt auf der Grundlage, dass

1. die vollstationäre Pflegeeinrichtung über zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal verfügt,

   a) das über eine abgeschlossene, landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr verfügt, oder

   b) das berufsbegleitend eine Ausbildung im Sinne von Buchstabe a begonnen hat oder

   c) für das die vollstationäre Pflegeeinrichtung sicherstellt, dass es spätestens bis zum Ablauf von zwei Jahren nach Vereinbarung des Vergütungszuschlages nach § 84 Absatz 9 Satz 1 oder nach der Mitteilung nach Absatz 11 Satz 1 eine berufsbegleitende, landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege beginnen wird, die die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BAnz AT 17.02.2016 B3) erfüllt, es sei denn, dass der Beginn oder die Durchführung dieser Ausbildung aus Gründen, die die Einrichtung nicht zu vertreten hat, unmöglich ist,

2. zusätzliche Stellenanteile im Umfang von bis zu 0,016 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 oder 2, 0,025

Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3, 0,032 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 und 0,036 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5, mindestens aber 0,5 Vollzeitäquivalenten, für den Pflegesatzzeitraum finanziert werden,

3. notwendige Ausbildungsaufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal, das eine Ausbildung im Sinne von Nummer 1 Buchstabe b oder c durchläuft, finanziert werden, soweit diese Aufwendungen nicht von einer anderen Stelle finanziert werden,

4. die Aufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden und

5. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die vollstationäre Pflegeeinrichtung nicht über zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal verfügt, das über das nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhaltende Personal hinausgeht.

Bei Pflegehilfskräften, die sich im Sinne von Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b oder c in einer Ausbildung befinden, kann die Differenz zwischen dem Gehalt einer Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung nur berücksichtigt werden, wenn die Pflegehilfskraft beruflich insgesamt ein Jahr tätig war. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.

§ 89 SGB XI
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 SGB XI
Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe zu erlassen, soweit die Versorgung von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfasst ist. Die Vergütung muss leistungsgerecht sein, den Bemessungsgrundsätzen nach § 89 entsprechen und hinsichtlich ihrer Höhe regionale Unterschiede berücksichtigen. § 82 Abs. 2 gilt entsprechend. In der Verordnung ist auch das Nähere zur Abrechnung der Vergütung zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten zu regeln.

(2) Die Gebührenordnung gilt nicht für die Vergütung von ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe durch Familienangehörige und sonstige Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben. Soweit die Gebührenordnung Anwendung findet, sind die davon betroffenen Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonen nicht berechtigt, über die Berechnung der Gebühren hinaus weitergehende Ansprüche an die Pflegebedürftigen oder deren Kostenträger zu stellen.

§ 110 SGB XI
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 Absatz 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.

§ 110a SGB XI
Befristeter Zuschlag zu privaten Pflege-Pflichtversicherungsverträgen zur Finanzierung pandemiebedingter Mehrausgaben

(1) Für den Zeitraum vom 1. Juli 2021 bis zum 31. Dezember 2022 können private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, für bestehende Vertragsverhältnisse über die Prämie hinaus einen monatlichen Zuschlag erheben.

(2) Bei der Ermittlung der Höhe des Zuschlags nach Absatz 1 dürfen ausschließlich Mehrausgaben des privaten Versicherungsunternehmens berücksichtigt werden, die

1. aus der Erfüllung der Verpflichtung nach § 150 Absatz 4 Satz 5 entstehen oder entstanden sind und

2. nicht durch Minderausgaben im Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung in dem Zeitraum, für den der Erstattungsbetrag nach § 150 Absatz 2 an die zugelassenen Pflegeeinrichtungen gezahlt wurde, kompensiert werden können.

Für die Ermittlung der Minderausgaben nach Satz 1 Nummer 2 ist ein Vergleich mit den Ausgaben im Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung im entsprechenden Zeitraum des Jahres 2019 zugrunde zu legen. Alterungsrückstellungen sind für den Zuschlag nicht zu bilden.

(3) Die Mehrausgaben im Sinne des Absatzes 2 sind auf die Tarifstufen gemäß der Zahl der Leistungsempfänger der jeweiligen Tarifstufe zu verteilen und mit dem Zuschlag nach Absatz 1 gleichmäßig durch alle Versicherten der jeweiligen Tarifstufe der privaten Pflege-Pflichtversicherung zu finanzieren.

(4) Die Erhebung des Zuschlags nach den Absätzen 1 bis 3 bedarf der Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders. § 155 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist entsprechend anzuwenden.

(5) Dem Versicherungsnehmer ist die Höhe des Zuschlags nach Absatz 1 unter Hinweis auf die hierfür maßgeblichen Gründe und auf dessen Befristung in Textform mitzuteilen. Der Zuschlag wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung nach Satz 1 folgt. § 205 Absatz 4 des Versicherungsvertragsgesetzes gilt entsprechend.

(6) Der Zuschlag nach Absatz 1 wird nicht für Personen erhoben, die

1. Anspruch auf Arbeitslosengeld haben,

2. Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch haben oder

3. allein durch die Zahlung des Zuschlags hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buches würden.

§142a SGB XI
Übergangsregelung für eine telefonische Begutachtung

(1) Um die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ergänzend oder alternativ zu einer Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich zu ermöglichen, hat der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Richtlinien nach § 17 Absatz 1 unter Berücksichtigung der Maßgaben des Absatzes 2 anzupassen. § 17 Absatz 1 Satz 2 bis 6 findet Anwendung.

(2) Den Anpassungen nach Absatz 1 sind die Ergebnisse mindestens einer durch den Medizinischen Dienst Bund oder durch einen Medizinischen Dienst nach § 278 des Fünften Buches beauftragten pflegewissenschaftlichen Studie zugrunde zu legen, die fachlich begründete Aussagen dazu trifft, ob, in welchen Fallkonstellationen und jeweils unter welchen Voraussetzungen eine Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch ein strukturiertes telefonisches Interview ergänzend oder alternativ zur Untersuchung des Antragstellers in seinem Wohnbereich erfolgen kann. Die Studien nach Satz 1 haben ebenfalls Aussagen darüber zu beinhalten, ob die Ergebnisse zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch ein strukturiertes telefonisches Interview im Hinblick auf den festzustellenden Pflegegrad und die gutachterlichen Empfehlungen und Stellungnahmen nach dem Zweiten Kapitel den Ergebnissen einer persönlichen Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich gleichzusetzen sind. Eine Begutachtung aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ist ausgeschlossen, wenn

1. es sich um eine erstmalige Untersuchung des Antragstellers handelt, in der geprüft wird, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt,

2. es sich um eine Untersuchung aufgrund eines Widerspruchs gegen eine Entscheidung der Pflegekasse zum festgestellten Pflegegrad handelt,

3. es sich um eine Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern handelt oder

4. die der Begutachtung unmittelbar vorangegangene Begutachtung das Ergebnis enthält, dass Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 Absatz 1 nicht vorliegt.

Sowohl Personen- und Altersgruppen als auch Begutachtungsanlässe und Begutachtungssituationen, in denen eine Begutachtung durch ein strukturiertes telefonisches Interview aus fachlicher Sicht entweder nicht oder nur bei Anwesenheit einer weiteren Person, die die antragstellende Person bei der Begutachtung unterstützt, angezeigt ist, sind in den Anpassungen nach Absatz 1 abschließend aufzuführen. Für Fallkonstellationen nach Satz 4 ist eine ergänzende oder alternative Begutachtung aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ausgeschlossen oder, sofern die Anwesenheit einer weiteren Person zur Unterstützung bei der Begutachtung angezeigt ist, nur bei Anwesenheit einer weiteren Person möglich; die Anwesenheit der Unterstützungsperson ist vor Beginn der Begutachtung festzustellen. Gutachterinnen und Gutachter, die strukturierte telefonische Interviews durchführen, müssen über Vorerfahrungen in der Begutachtung mittels persönlicher Untersuchung von Versicherten in deren Wohnbereich verfügen; weitere Einzelheiten zu der Qualifikation von Gutachterinnen und Gutachtern sind in den Anpassungen nach Absatz 1 vorzugeben.

(3) § 17 Absatz 2 findet Anwendung. Eine Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit wird frühestens am 15. August 2023 wirksam. Die Nichtbeanstandung der nach Absatz 1 angepassten Richtlinien kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Erfüllung dieser Auflagen eine angemessene Frist setzen.

(4) Mit Wirksamwerden der nach Absatz 1 vorgenommenen Anpassungen der Richtlinien nach § 17 Absatz 1 kann abweichend von den entsprechenden Bestimmungen des Zweiten Kapitels die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad ergänzend oder alternativ zur Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews erfolgen. Der Wunsch des Antragstellers, persönlich in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, geht einer Begutachtung durch ein strukturiertes telefonisches Interview vor. Der Antragsteller ist über sein Wahlrecht nach Satz 2 durch die Gutachterin oder den Gutachter zu informieren; die Entscheidung des Antragstellers ist im Begutachtungsformular schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren.

(5) Der Medizinische Dienst Bund berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2024 über die Erfahrungen der Medizinischen Dienste mit der Durchführung von strukturierten telefonischen Interviews zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und über erforderliche Änderungsbedarfe in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1. Für die Berichterstattung nach Satz 1 beauftragt der Medizinische Dienst Bund eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit der begleitenden Evaluation von Begutachtungen, die auf Grundlage der Anpassungen nach Absatz 1 durchgeführt werden; der Evaluationsbericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich vorzulegen.

§ 145 SGB XI
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.

§ 63b SGB XII
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 Pflegezeitgesetz (PflegeZG)

§ 2 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

(1) Beschäftigte haben das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen.

(2) Beschäftigte sind verpflichtet, dem Arbeitgeber ihre Verhinderung an der Arbeitsleistung und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. Dem Arbeitgeber ist auf Verlangen eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der in Absatz 1 genannten Maßnahmen vorzulegen.

(3) Der Arbeitgeber ist zur Fortzahlung der Vergütung nur verpflichtet, soweit sich eine solche Verpflichtung aus anderen gesetzlichen Vorschriften oder auf Grund einer Vereinbarung ergibt. Ein Anspruch der Beschäftigten auf Zahlung von Pflegeunterstützungsgeld richtet sich nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 3 Pflegezeit und sonstige Freistellungen

(1) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Pflegezeit). Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten.

(2) Die Beschäftigten haben die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachzuweisen. Bei in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherten Pflegebedürftigen ist ein entsprechender Nachweis zu erbringen.

(3) Wer Pflegezeit beanspruchen will, muss dies dem Arbeitgeber spätestens zehn Arbeitstage vor Beginn schriftlich ankündigen und gleichzeitig erklären, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang die Freistellung von der Arbeitsleistung in Anspruch genommen werden soll. Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, ist auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit anzugeben. Enthält die Ankündigung keine eindeutige Festlegung, ob die oder der Beschäftigte Pflegezeit oder Familienpflegezeit nach § 2 des Familienpflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen will, und liegen die Voraussetzungen beider Freistellungsansprüche vor, gilt die Erklärung als Ankündigung von Pflegezeit. Beansprucht die oder der Beschäftigte nach der Pflegezeit Familienpflegezeit oder eine Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes zur Pflege oder Betreuung desselben pflegebedürftigen Angehörigen, muss sich die Familienpflegezeit oder die Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes unmittelbar an die Pflegezeit anschließen. In diesem Fall soll die oder der Beschäftigte möglichst frühzeitig erklären, ob sie oder er Familienpflegezeit oder eine Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen wird; abweichend von § 2a Absatz 1 Satz 1 des Familienpflegezeitgesetzes muss die Ankündigung spätestens drei Monate vor Beginn der Familienpflegezeit erfolgen. Wird Pflegezeit nach einer Familienpflegezeit oder einer Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes in Anspruch genommen, ist die Pflegezeit in unmittelbarem Anschluss an die Familienpflegezeit oder die Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes zu beanspruchen; sie ist abweichend von Satz 1 dem Arbeitgeber spätestens acht Wochen vor Beginn schriftlich anzukündigen.

(4) Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, haben Arbeitgeber und Beschäftigte über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. Hierbei hat der Arbeitgeber den Wünschen der Beschäftigten zu entsprechen, es sei denn, dass dringende betriebliche Gründe entgegenstehen.

(5) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher oder außerhäuslicher Umgebung betreuen. Die Inanspruchnahme dieser Freistellung ist jederzeit im Wechsel mit der Freistellung nach Absatz 1 im Rahmen der Gesamtdauer nach § 4 Absatz 1 Satz 4 möglich. Absatz 1 Satz 2 und die Absätze 2 bis 4 gelten entsprechend. Beschäftigte können diesen Anspruch wahlweise statt des Anspruchs auf Pflegezeit nach Absatz 1 geltend machen.

(6) Beschäftigte sind zur Begleitung eines nahen Angehörigen von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn dieser an einer Erkrankung leidet, die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat, bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig ist und die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt. Beschäftigte haben diese gegenüber dem Arbeitgeber durch ein ärztliches Zeugnis nachzuweisen. Absatz 1 Satz 2, Absatz 3 Satz 1 und 2 und Absatz 4 gelten entsprechend. § 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.

(6a) Beschäftigte von Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten können bei ihrem Arbeitgeber den Abschluss einer Vereinbarung über eine Pflegezeit nach Absatz 1 Satz 1 oder eine sonstige Freistellung nach Absatz 5 Satz 1 oder Absatz 6 Satz 1 beantragen. Der Arbeitgeber hat den Antrag innerhalb von vier Wochen nach Zugang zu beantworten. Eine Ablehnung des Antrags ist zu begründen. Wird eine Pflegezeit oder sonstige Freistellung nach Satz 1 vereinbart, gelten die Absätze 2, 3 Satz 4 und 6 erster Halbsatz, Absatz 4 Satz 1 sowie Absatz 6 Satz 2 und 4 entsprechend.

(7) Ein Anspruch auf Förderung richtet sich nach den §§ 3, 4, 5 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 sowie den §§ 6 bis 10 des Familienpflegezeitgesetzes.

§ 7 Begriffsbestimmungen

(1) Beschäftigte im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer,
2. die zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten,
3. Personen, die wegen ihrer wirtschaftlichen Unselbständigkeit als arbeitnehmerähnliche Personen anzusehen sind; zu diesen gehören auch die in Heimarbeit Beschäftigten und die ihnen Gleichgestellten.

(3) Nahe Angehörige im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
2. Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner,
3. Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

Auszug aus dem Familienpflegezeitgesetz (FPfZG)

§ 2 Familienpflegezeitgesetz 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.

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 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) und aus dem Paragraf

§ 13 Anrechnung der erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung bei einem Tarifwechsel

(2) Bei Versicherten, die nach einem Wechsel gemäß § 204 Absatz 1 Nummer 2b des Versicherungsvertragsgesetzes im Basistarif versichert sind, wird bei einem Wechsel in Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz während der ersten 18 Monate seit Beginn der Versicherung im Basistarif abweichend von Absatz 1 Satz 1 nur die seit Beginn der Versicherung im Basistarif gebildete Alterungsrückstellung prämienmindernd angerechnet. Bei Versicherten, die nach einem Wechsel gemäß § 14 Absatz 5 Satz 2 im Basistarif eines dritten Krankenversicherers versichert sind, wird bei einem Wechsel in Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz nur der Betrag angerechnet, der seit dem erstmaligen Wechsel in den Basistarif entstanden ist. Der nicht angerechnete Teil der Alterungsrückstellung ist in diesen Fällen zugunsten der Senkung des Zuschlags gemäß § 8 Absatz 1 Nummer 7 zu verwenden.

§ 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.

Auszug aus dem Einkommensteuergesetz (EStG)

§ 2 Umfang der Besteuerung, Begriffsbestimmungen

(2) Einkünfte sind

1. bei Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit der Gewinn (§§ 4 bis 7k und 13a),
2. bei den anderen Einkunftsarten der Überschuss der Einnahmen über die Werbungskosten (§§ 8 bis 9a).

Bei Einkünften aus Kapitalvermögen tritt § 20 Absatz 9 vorbehaltlich der Regelung in § 32d Absatz 2 an die Stelle der §§ 9 und 9a.

Auszug aus dem Mutterschaftsgesetz (MuSchG)

§ 17 Kündigungsverbot

(2) Die für den Arbeitsschutz zuständige oberste Landesbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle kann in besonderen Fällen, die nicht mit dem Zustand der Frau in der Schwangerschaft, nach einer Fehlgeburt nach der zwölften Schwangerschaftswoche oder nach der Entbindung in Zusammenhang stehen, ausnahmsweise die Kündigung für zulässig erklären. Die Kündigung bedarf der Schriftform und muss den Kündigungsgrund angeben.

§ 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 5 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 KVLG 1989 Pflichtversicherte

(1) In der Krankenversicherung der Landwirte sind versicherungspflichtig

1. Unternehmer der Land- und Forstwirtschaft einschließlich des Wein- und Gartenbaus sowie der Teichwirtschaft und der Fischzucht (landwirtschaftliche Unternehmer), deren Unternehmen, unabhängig vom jeweiligen Unternehmer, auf Bodenbewirtschaftung beruht und die Mindestgröße erreicht; § 1 Abs. 5 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte gilt,

2. Personen, die als landwirtschaftliche Unternehmer tätig sind, ohne daß ihr Unternehmen die Mindestgröße im Sinne der Nummer 1 erreicht, wenn

   a) ihr landwirtschaftliches Unternehmen die nach § 1 Abs. 5 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte festgesetzte 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.

(2) Als landwirtschaftliche Unternehmer nach Absatz 1 Nr. 1 gelten Unternehmer der Binnenfischerei, der Imkerei und der Wanderschäferei, deren Unternehmen unabhängig vom jeweiligen Unternehmer die Mindestgröße erreicht; für die Bestimmung der Mindestgröße gilt § 1 Abs. 5 Satz 2 bis 4 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte. Soweit sich die folgenden Vorschriften auf landwirtschaftliche Unternehmen beziehen, gelten sie entsprechend für die in Satz 1 genannten Unternehmen.

(3) Unternehmer ist, wer seine berufliche Tätigkeit selbständig ausübt. Beschränkt haftende Gesellschafter einer Personenhandelsgesellschaft oder Mitglieder einer juristischen Person gelten als Unternehmer, wenn sie hauptberuflich im Unternehmen tätig und wegen dieser Tätigkeit nicht kraft Gesetzes in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert sind. Betreiben Ehegatten oder Lebenspartner gemeinsam ein landwirtschaftliches Unternehmen, gilt derjenige Ehegatte oder Lebenspartner als Unternehmer, der das Unternehmen überwiegend leitet. Ist nicht festzustellen, wer das Unternehmen überwiegend leitet, bestimmt die Krankenkasse, welcher Ehegatte oder Lebenspartner als Unternehmer gilt.

(4) Mitarbeitende Familienangehörige sind Verwandte bis zum dritten Grad und Verschwägerte bis zum zweiten Grad sowie Pflegekinder (Personen, mit denen der Unternehmer, sein Ehegatte oder sein Lebenspartner durch ein familienähnliches, auf längere Dauer angelegtes Band verbunden ist, sofern er sie in seinen Haushalt aufgenommen hat) eines landwirtschaftlichen Unternehmers im Sinne des Absatzes 3, seines Ehegatten oder seines Lebenspartners, die in seinem landwirtschaftlichen Unternehmen hauptberuflich beschäftigt sind. Sind beide Ehegatten oder Lebenspartner mitarbeitende Familienangehörige, ist nur derjenige versicherungspflichtig, der überwiegend in dem landwirtschaftlichen Unternehmen beschäftigt ist; Absatz 3 Satz 4 gilt entsprechend. Als mitarbeitender Familienangehöriger gilt auch der Ehegatte oder Lebenspartner des landwirtschaftlichen Unternehmers, der aufgrund einer Beschäftigung in dem landwirtschaftlichen Unternehmen des anderen Ehegatten oder Lebenspartners die in § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Voraussetzungen erfüllt.

(4a) Nach Absatz 1 Nr. 1 bis 6 ist nicht versicherungspflichtig, wer außerhalb der Land- und Forstwirtschaft hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist. Bei Personen, die im Zusammenhang mit ihrer selbständigen Erwerbstätigkeit außerhalb der Land- und Forstwirtschaft regelmäßig mindestens einen Arbeitnehmer mehr als geringfügig beschäftigen, wird vermutet, dass sie außerhalb der Land- und Forstwirtschaft hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind; als Arbeitnehmer gelten für Gesellschafter auch die Arbeitnehmer der Gesellschaft.

(5) Voraussetzung der Versicherung für die in Absatz 1 Nr. 3 genannten Personen ist, daß sie nicht nach Absatz 1 Nr. 1 oder 2 versicherungspflichtig sind, für die in Absatz 1 Nr. 4 genannten Personen, dass sie nicht nach Absatz 1 Nr. 1, 2, 3 oder 6 versicherungspflichtig sind, und für die in Absatz 1 Nr. 5 genannten Personen, daß sie nicht nach Absatz 1 Nr. 1, 2, 3 oder 4 versicherungspflichtig sind.

(6) Der Bezug des in § 5 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Vorruhestandsgeldes steht einer hauptberuflichen Beschäftigung als mitarbeitender Familienangehöriger gleich, wenn der Familienangehörige unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes nach Absatz 1 Nr. 3 versicherungspflichtig war. Als in Absatz 1 Nr. 3 bezeichnete landwirtschaftliche Unternehmer gelten auch die zur Zahlung von Vorruhestandsgeld Verpflichteten.

(6a) Nach Absatz 1 Nr. 7 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 6 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 7 oder nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert ist. Satz 1 gilt entsprechend für Empfänger von Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, für Empfänger von Leistungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes. Satz 2 gilt auch, wenn der Leistungsbezug für weniger als einen Monat unterbrochen wird. Der Anspruch auf Leistungen nach § 19 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt nicht als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne von Absatz 1 Nr. 7, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht.

(7) Wer versicherungspflichtig wird und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, kann den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. Dies gilt auch, wenn eine Versicherung nach § 7 eintritt.

(8) Kommt eine Versicherung nach den §§ 2, 6 oder 7 nach Kündigung des Versicherungsvertrages nicht zu Stande oder endet eine Versicherung nach den §§ 2 oder 7 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 6, ist das private Krankenversicherungsunternehmen zum erneuten Abschluss eines Versicherungsvertrages verpflichtet, wenn der vorherige Vertrag für mindestens fünf Jahre vor seiner Kündigung ununterbrochen bestanden hat. Der Abschluss erfolgt ohne Risikoprüfung zu gleichen Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Kündigung bestanden haben; die bis zum Ausscheiden erworbenen Alterungsrückstellungen sind dem Vertrag zuzuschreiben. Wird eine gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 nicht begründet, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach der Beendigung des vorhergehenden Versicherungsvertrages in Kraft. Endet die gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. Die Verpflichtung nach Satz 1 endet drei Monate nach der Beendigung des Versicherungsvertrages, wenn eine Versicherung

nach den §§ 2, 6 oder 7 nicht gegründet wurde. Bei Beendigung der Versicherung nach den §§ 2 oder 7 vor Erfüllung der Vorversicherungszeiten nach § 6 endet die Verpflichtung nach Satz 1 längstens zwölf Monate nach der Beendigung des privaten Versicherungsvertrages.

(9) Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 7 erfasst, wenn sie eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als zwölf Monate nach dem Aufenthaltsgesetz besitzen und für die Erteilung dieser Aufenthaltstitel keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes besteht. Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und Staatsangehörige der Schweiz werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 7 nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU ist. Bei Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz liegt eine Absicherung im Krankheitsfall bereits dann vor, wenn ein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes dem Grunde nach besteht.

§ 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.

§ 58b Freiwilliger Wehrdienst als besonderes staatsbürgerliches Engagement

(1) Frauen und Männer können sich verpflichten, freiwilligen Wehrdienst als besonderes staatsbürgerliches Engagement zu leisten. Der freiwillige Wehrdienst als besonderes staatsbürgerliches Engagement besteht aus einer sechsmonatigen Probezeit und bis zu 17 Monaten anschließendem Wehrdienst.

(2) Die §§ 37 und 38 gelten entsprechend.

Auszug aus der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

§ 6 Gebühren für andere Leistungen

(2) Die Vergütungen sind nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte zu berechnen, soweit die Leistung nicht als selbstständige Leistung oder Teil einer anderen Leistung im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Zahnärzte enthalten ist und wenn die Leistungen, die der Zahnarzt erbringt, in den folgenden Abschnitten des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführt sind:

1. B I, B II, B III unter den Nummern 30, 31 und 34, B IV bis B VI,

2. C I unter den Nummern 200, 204, 210 und 211, C II, C III bis C VII, C VIII nur soweit eine zugrunde liegende ambulante operative Leistung berechnet wird,

3. E V und E VI,

4. J,

5. L I, L II unter den Nummern 2072 bis 2074, L III, L V unter den Nummern 2253 bis 2256 im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen, L VI unter den Nummern 2321, 2355 und 2356 im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen, L VII, L IX,

6. M unter den Nummern 3511, 3712, 3714, 3715, 4504, 4530, 4538, 4605, 4606 und 4715,

7. N unter der Nummer 4852 sowie

8. O.

uniVersa Krankenversicherung a.G.
Sulzbacher Straße 1-7
90489 Nürnberg
Postanschrift: 90333 Nürnberg

Telefon: +49 911 5307-0
Telefax: +49 911 5307-1788
www.universa.de
info@universa.de

Sitz der Gesellschaft: Nürnberg
Registergericht Nürnberg, HRB 540
Aufsichtsrat: Prof. Hubert Karl Weiler (Vors.)
Vorstand: Michael Baulig (Vors.),
Werner Gremmelmaier, Frank Sievert

Steuer-Nr. 241/101/00155
Postbank AG Nürnberg
IBAN: DE60 7601 0085 0090 5008 53
BIC: PBNKDEFF760