

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Kranken- Zusatzversicherung (AVB/ZV 2016)

Fassung Februar 2017

§ 1	Welchen Schutz bietet diese Versicherung?	3
(1)	Mit wem schließen Sie die Versicherung ab?	3
(2)	Was ist versichert?	3
(3)	Was ist ein ►Versicherungsfall?	3
(4)	Ist der Versicherte auch im Ausland versichert?	3
(5)	Wo ist der Umfang des Versicherungsschutzes geregelt?	3
§ 2	Wann beginnt der Versicherungsschutz?	3
(1)	Wann ist Ihr Vertrag geschlossen und wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	3
(2)	Wann beginnt der Versicherungsschutz bei Neugeborenen?	4
(3)	Was ist eine ►Wartezeit?	4
§ 3	Was leisten wir im ►Versicherungsfall?	4
(1)	Welche Leistung ist versichert?	4
(2)	Unter welchen Ärzten und Behandelnden kann der Versicherte wählen?	4
(3)	Unter welchen Krankenhäusern kann der Versicherte wählen?	4
(4)	Was müssen Sie bei Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln beachten?	5
(5)	Für welche Methoden leisten wir, wenn der Versicherte untersucht und behandelt werden muss?	5
(6)	Wie können Sie vorab erfahren, was wir leisten?	5
§ 4	Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?	5
(1)	Wann leisten wir nicht?	5
(2)	In welchen Fällen können wir die Leistung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?	6
(3)	Was geschieht, wenn mehrere Kostenträger beteiligt sind?	6
§ 5	Wie erfolgt die Erstattung im ►Versicherungsfall?	6
(1)	Welche Nachweise und Angaben benötigen wir, damit wir leisten können?	6
(2)	An wen leisten wir?	7
(3)	Welche Kosten können wir von der Leistung abziehen?	7

§ 6	Welche Pflichten müssen Sie beachten, wenn wir leisten sollen? Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?	7
(1)	Welche Pflichten sind zu beachten?	7
(2)	Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?	7
(3)	Was ist zu beachten, wenn Sie Ansprüche gegenüber Dritten haben?	7
§ 7	Wie berechnen wir die Beiträge und wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?	8
(1)	Wie berechnen wir die Beiträge?	8
(2)	Wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?	8
§ 8	Wann können Sie gegen unsere Forderungen aufrechnen?	8
§ 9	Wann können wir die Beiträge und die Bedingungen ändern?.....	8
(1)	Wann können wir die Beiträge ändern?.....	8
(2)	Wann können wir die Bedingungen ändern?	9
§ 10	Wann und wie können Sie den Versicherungsschutz ändern?	9
§ 11	Wann endet der Vertrag und wann endet der Versicherungsschutz?	10
(1)	Wann endet der Vertrag?.....	10
(2)	Wann endet der Versicherungsschutz?.....	10
§ 12	Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen?	10
§ 13	Wann können wir Ihren Vertrag kündigen?	10
§ 14	Wie muss eine Mitteilung aussehen, die Sie an uns richten?	11
§ 15	Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?	11
(1)	Wo können Sie eine Klage gegen uns einreichen?.....	11
(2)	Wo können wir eine Klage gegen Sie einreichen?.....	11
(3)	Wo können wir Klage einreichen, wenn Sie Ihren Wohnsitz verlegt haben oder uns dieser nicht bekannt ist?	11
(4)	An wen können Sie sich zur außergerichtlichen Streitbeilegung wenden?	11
	Fachbegriffe.....	12
	Anhang	14
	Versicherungsvertragsgesetz [VVG].....	14
	Lebenspartnerschaftsgesetz [LPartG].....	15

§ 1 Welchen Schutz bietet diese Versicherung?

(1) Mit wem schließen Sie die Versicherung ab?

Wir sind die HALLESCHE Krankenversicherung a.G. mit Sitz in Stuttgart. Sie sind unser Vertragspartner, der so genannte Versicherungsnehmer. Wenn Sie sich selbst versichert haben, sind Sie gleichzeitig auch der Versicherte. Sie können auch andere Personen (mit)versichert haben. Diese bezeichnen wir ebenfalls als Versicherte.

Um die Allgemeinen Versicherungsbedingungen leicht lesbar zu machen, verwenden wir in der Regel die männliche Schreibweise. Gemeint ist damit immer auch die weibliche Form.

(2) Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Tarif genannte Ereignisse. Im >Versicherungsfall ersetzen wir die Kosten für die >Heilbehandlung und/oder andere vereinbarte Leistungen. Was wir genau leisten, lesen Sie bitte in Ihrem Tarif.

(3) Was ist ein >Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige >Heilbehandlung des Versicherten wegen Krankheit oder den Folgen eines >Unfalls. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn der Versicherte nach medizinischem Befund nicht mehr behandelt werden muss.

Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammen hängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Je nach Tarif kann es sonstige Versicherungsfälle geben, in denen Versicherungsschutz besteht. Wann das so ist, regeln wir ausdrücklich im Tarif.

(4) Ist der Versicherte auch im Ausland versichert?

Der Versicherte hat weltweit Versicherungsschutz.

Bitte beachten Sie: Unter Umständen ist ein Versicherter nicht länger in seinem Tarif >versicherungsfähig, wenn er aus Deutschland wegzieht.

(5) Wo ist der Umfang des Versicherungsschutzes geregelt?

Die Grundlagen Ihres Vertrages sind

- Ihr >Versicherungsschein,
- Ihr Tarif,
- diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung,
- die gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland und
- die schriftlichen Vereinbarungen, die wir mit Ihnen treffen.

§ 2 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Wann ist Ihr Vertrag geschlossen und wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Der Vertrag ist geschlossen, wenn Ihnen der >Versicherungsschein oder eine schriftliche Erklärung über die Annahme zugegangen ist.

Der Versicherungsschutz beginnt ab dem Zeitpunkt, der im Versicherungsschein steht (Versicherungsbeginn). Der Versicherungsschutz beginnt jedoch

- nicht, bevor Sie den Vertrag abgeschlossen haben und
- nicht, bevor die >Wartezeit abgelaufen ist.

Ist ein >Versicherungsfall eingetreten, bevor der Versicherungsschutz beginnt, leisten wir für die Zeit ab Beginn des Versicherungsschutzes, wenn

- der Versicherungsfall eingetreten ist, nachdem der Vertrag geschlossen wurde oder
- uns dieser Versicherungsfall vor Vertragsschluss angezeigt wurde und wir mit Ihnen nichts anderes vereinbart haben.

Wenn Sie den Versicherungsschutz erweitern, gilt dies für die Mehrleistung entsprechend.

(2) Wann beginnt der Versicherungsschutz bei Neugeborenen?

Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne ➤Risikozuschläge und ohne ➤Wartezeit ab Geburt. Dies gilt nur, wenn Sie das Kind spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend angemeldet haben und

- am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate bei uns versichert ist oder
- die werdende Mutter noch keine 20 Wochen schwanger war, als sie oder der werdende Vater den eigenen Versicherungsschutz beantragt hat.

In diesem Fall gilt:

- Beiträge für das Kind müssen Sie erst ab dem Monat zahlen, der auf die Geburt folgt.
- Der Versicherungsschutz des Kindes darf nicht höher oder umfassender sein als der eines versicherten Elternteils.
- Der Versicherungsschutz gilt auch für alle Krankheiten und Anomalien, die vor oder während der Geburt entstanden sind.

Der Geburt stellen wir die ➤Adoption gleich, wenn bei uns ein Versicherter ein Kind adoptiert, das noch minderjährig ist. Hier können wir einen Zuschlag für ein erhöhtes Risiko verlangen. Der Zuschlag ist maximal so hoch wie der Beitrag für das Kind.

(3) Was ist eine ➤Wartezeit?

Wartezeit ist die Zeit, in der der Versicherte noch keinen Versicherungsschutz aus der Versicherung hat. Sie rechnet vom Beginn der Versicherung an.

Eine Wartezeit gilt nur, wenn der Tarif dies vorsieht.

§ 3 Was leisten wir im ➤Versicherungsfall?

(1) Welche Leistung ist versichert?

Was wir leisten, lesen Sie in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen und in Ihrem Tarif.

(2) Unter welchen Ärzten und Behandelnden kann der Versicherte wählen?

Der Versicherte kann unter folgenden Personen frei wählen:

- niedergelassene, staatlich zugelassene Ärzte,
- niedergelassene, staatlich zugelassene Zahnärzte und
- Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes.

Ist im Tarif Psychotherapie versichert, kann der Versicherte auch staatlich zugelassene Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten wählen. Wir leisten in diesem Fall für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie sowie für Verhaltenstherapie.

Heilmittel (wie z.B. Massagen) sind zu erbringen von

- niedergelassenen, staatlich zugelassenen Ärzten oder
- Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes oder
- staatlich geprüften Angehörigen von Heil- und Hilfsberufen. Das sind z.B. Masseur, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden oder Podologen.

Zusätzlich kann sich der Versicherte ambulant behandeln lassen in

- der Ambulanz eines Krankenhauses oder
- einem medizinischen Versorgungszentrum oder
- einem sozialpädiatrischen Zentrum.

(3) Unter welchen Krankenhäusern kann der Versicherte wählen?

Wenn der Versicherte aus medizinisch notwendigen Gründen stationär behandelt werden muss, kann er das Krankenhaus frei wählen. Das Krankenhaus muss allerdings folgende Bedingungen erfüllen: Es muss

- ständig ärztlich geleitet sein,
- über ausreichende Möglichkeiten verfügen, um Krankheiten festzustellen und zu behandeln und

- den Verlauf der Krankheit schriftlich festhalten.

(4) Was müssen Sie bei Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln beachten?

Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen die in Abs. 2 genannten Ärzte, Zahnärzte oder Heilpraktiker verordnen.

Arzneimittel müssen aus der Apotheke bezogen werden.

Als Arzneimittel gelten auch

- Harn- und Blutteststreifen sowie
- bestimmte Nahrungsmittel,
 - die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu vermeiden (z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose) und
 - die hauptsächlich >enteral oder >parenteral verabreicht werden.

Wenn der Versicherte derartige Nahrungsmittel braucht, können wir helfen, diese zu beschaffen.

(5) Für welche Methoden leisten wir, wenn der Versicherte untersucht und behandelt werden muss?

Wir leisten für Methoden, die von der >Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Dies gilt auch für Arzneimittel.

Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel,

- die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben. Wir können unsere Leistungen dann aber auf den Betrag herabsetzen, der angefallen wäre, wenn man vorhandene Methoden und Arzneimittel der Schulmedizin angewendet hätte.
- die man anwendet, weil keine Methoden oder Arzneimittel der Schulmedizin verfügbar sind.

(6) Wie können Sie vorab erfahren, was wir leisten?

Wir sagen Ihnen vorab, ob und welche Kosten wir übernehmen, wenn

- der Versicherte beabsichtigt, sich behandeln zu lassen und
- dies vermutlich mehr als 2.000 € kostet und
- Sie dies in >Textform von uns erfragen.

Bitte beachten Sie: Wir können unsere Auskunft nur erteilen, soweit dies die von Ihnen vorgelegten Unterlagen zulassen.

Die Auskunft geben wir Ihnen

- spätestens nach vier Wochen bzw.
- falls der Versicherte dringend behandelt werden muss, >unverzüglich, spätestens aber nach zwei Wochen.

Die Frist beginnt, sobald Ihre Anfrage bei uns eingeht. Haben wir diese Frist versäumt, müssen wir nachweisen, dass die Behandlung nicht medizinisch notwendig ist.

§ 4 Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?

(1) Wann leisten wir nicht?

In den folgenden Fällen leisten wir nicht:

- Für Krankheiten und >Unfälle, die der Versicherte >vorsätzlich herbeigeführt hat sowie deren Folgen.
- Für Entzugsbehandlungen.
- Für Rechnungen von Personen oder von Krankenanstalten, die wir aus wichtigen Gründen von der Erstattung ausgeschlossen haben. Dies gilt nur, wenn wir Sie vor dem >Versicherungsfall darüber informiert haben. Ansonsten leisten wir noch für drei Monate ab dem Zeitpunkt, an dem wir Sie benachrichtigt haben.
- Für Behandlungen durch Ehegatten, >Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden wir gemäß Ihrem Tarif erstatten.
- Für eine durch >Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) In welchen Fällen können wir die Leistung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?

Übersteigt eine ➤Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

Stehen die Kosten für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, müssen wir insoweit nicht leisten.

Reist der Versicherte zur Behandlung ins Ausland, erstatten wir nur auf Basis der Kosten, die für eine vergleichbare Behandlung in Deutschland angefallen wären. Dies gilt nicht, wenn

- die Behandlung in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar ist oder
- wir die Leistung vor Reiseantritt in ➤Textform zugesagt haben oder
- der Versicherte im Rahmen eines Notfalls behandelt werden muss und das ausländische Krankenhaus das nächstgelegene geeignete ist.

Entbindet eine Versicherte im Ausland, erstatten wir nur auf Basis der Kosten, die angefallen wären, wenn die Versicherte in Deutschland entbunden hätte. Dies gilt nicht, wenn

- ein Elternteil Staatsangehöriger des Landes ist, in dem die Versicherte entbunden hat und
- dies nachgewiesen wird.

(3) Was geschieht, wenn mehrere Kostenträger beteiligt sind?

Wenn der Versicherte wegen desselben Versicherungsfalles Anspruch gegen mehrere Kostenträger hat, erhalten Sie als Leistung insgesamt nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

Im Tarif können wir regeln, dass der Versicherte die Leistung eines anderen Kostenträgers vorab in Anspruch nehmen muss.

§ 5 Wie erfolgt die Erstattung im ➤Versicherungsfall?

(1) Welche Nachweise und Angaben benötigen wir, damit wir leisten können?

Solange Sie die von uns geforderten Nachweise nicht erbringen, müssen wir nicht leisten. Wenn wir leisten, werden die Nachweise unser Eigentum.

Rechnungen brauchen wir im Original. Besteht eine weitere Versicherung, reichen auch Kopien der Rechnungen aus. Auf diesen müssen die Leistungen des anderen Versicherers bestätigt sein.

Die Rechnungen müssen folgende Informationen enthalten:

- den Vor- und Zunamen der behandelten Person,
- die Bezeichnung der Krankheiten (Diagnosen),
- die Daten der Behandlung sowie
- die Angabe der einzelnen Leistungen des Behandelnden oder die Ziffern der ➤Gebührenordnungen.

Bei Rechnungen von Krankenhäusern müssen wir zusätzlich erkennen können,

- welche Wahlleistungen der Versicherte in Anspruch genommen hat, die das Krankenhaus gesondert berechnen darf, bzw.
- welche Pflegeklasse er aufgesucht hat.

Rechnungen für Arznei-, Verband- und Heilmittel erstatten wir nur, wenn Sie uns diese zusammen mit den Rechnungen der Behandelnden vorlegen.

Welche weiteren Voraussetzungen vorliegen müssen, damit wir Ihnen die Leistung ausbezahlen können, lesen Sie in § 14 VVG. Diesen finden Sie im Anhang.

Wenn die Kosten in einer fremden Währung entstanden sind, rechnen wir diese in Euro um. Wir nehmen hierbei den aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen. Als Kurs gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank bzw. der Devisenkurs der Deutschen Bundesbank. Weist der Versicherte mittels Bankbeleg

nach, dass er die Devisen teurer erworben hat, gilt dieser Kurs.

(2) An wen leisten wir?

Wir leisten an Sie als Versicherungsnehmer. Möchten Sie, dass wir an den Versicherten leisten, teilen Sie uns dies bitte in ➤Textform mit.

Sie können Ansprüche auf Leistungen weder abtreten noch verpfänden.

(3) Welche Kosten können wir von der Leistung abziehen?

Wir können folgende Kosten abziehen:

- Kosten für die Überweisung in das Ausland, wenn Sie uns kein Inlandskonto benennen;
- Kosten für Übersetzungen.

§ 6 Welche Pflichten müssen Sie beachten, wenn wir leisten sollen? Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?

(1) Welche Pflichten sind zu beachten?

Wir können Folgendes verlangen:

- Sie und der nach § 5 Abs. 2 empfangsberechtigte Versicherte müssen uns jede Auskunft erteilen, die wir brauchen, um feststellen zu können,
 - ob ein ➤Versicherungsfall vorliegt und
 - ob und in welchem Umfang wir leisten.
- Der Versicherte muss sich von einem Arzt untersuchen lassen, den wir beauftragen.
- Der Versicherte
 - hat, soweit es möglich ist, den Schaden zu mindern und
 - darf nichts tun, was die Genesung behindert.

Wird für einen Versicherten eine weitere Versicherung mit ➤gleichartigem Versicherungsschutz abgeschlossen, müssen Sie uns darüber ➤unverzüglich informieren.

(2) Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?

Wenn eine dieser Pflichten verletzt wird, sind wir ganz oder teilweise leistungsfrei. Hierbei beachten wir § 28 Abs. 2 bis 4 VVG. Diesen finden Sie im Anhang.

Für den Fall, dass eine weitere Versicherung mit ➤gleichartigem Versicherungsschutz abgeschlossen wurde und Sie uns nicht ➤unverzüglich informiert haben, können wir auch kündigen. Hierbei beachten wir § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang).

Kündigen können wir dann innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Pflichtverletzung erfahren haben, ohne eine Frist einzuhalten.

Die Kenntnis oder das Verschulden des Versicherten rechnen wir Ihnen zu.

(3) Was ist zu beachten, wenn Sie Ansprüche gegenüber Dritten haben?

Haben Sie oder ein Versicherter Ansprüche auf Ersatz gegen Dritte, müssen Sie oder der Versicherte diese Ansprüche schriftlich an uns abtreten. Das können z.B. sein:

- Schadensersatzansprüche gegenüber anderen Versicherern oder Privatpersonen oder
- Ansprüche auf Rückforderung zu Unrecht gezahlter Entgelte.

Die Abtretung ist begrenzt auf die Höhe unserer Leistung aus der Versicherung. Wird diese Obliegenheit verletzt, wenden wir die Rechtsfolgen des § 86 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) entsprechend an. Diese Regelung ist unabhängig von dem gesetzlichen Forderungsübergang gemäß § 86 VVG (siehe Anhang).

§ 7 Wie berechnen wir die Beiträge und wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?

(1) Wie berechnen wir die Beiträge?

Ihre Versicherung ist nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Das bedeutet, dass keine Rückstellungen für das Alter angespart werden.

Die Beiträge sind deshalb abhängig vom >Alter des Versicherten. Die Berechnung der Beiträge unterliegt gesetzlichen Vorgaben und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

Ändern sich die Beiträge, z.B. auch weil Sie den Versicherungsschutz ändern, berücksichtigen wir das Alter des Versicherten zu dem Zeitpunkt, an dem die Änderung in Kraft tritt.

Wenn sich die Beiträge ändern, können wir auch mit Ihnen vereinbarte >Risikozuschläge entsprechend ändern.

Wenn Sie den Versicherungsschutz erweitern und dann ein höheres Risiko besteht, steht uns ein angemessener Zuschlag zu. Diesen erheben wir zusätzlich zum Beitrag nur für den hinzu kommenden Versicherungsschutz.

Zahlen Sie Ihren Beitrag jährlich, gewähren wir Ihnen einen Nachlass von 3%.

(2) Wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, den Sie zu Beginn eines jeden >Versicherungsjahres bezahlen müssen. Sie können ihn aber auch in gleichen monatlichen Raten bezahlen. Wir stunden Ihnen in diesem Fall die Beitragsraten jeweils bis zu ihrer Fälligkeit am Ersten eines jeden Monats. Sie müssen auf das Konto einzahlen, das wir Ihnen nennen.

Ändert sich der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres,

- müssen Sie die Differenz von dem Zeitpunkt der Änderung bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzahlen bzw.
- wir zahlen Ihnen diese Differenz zurück, wenn wir den Beitrag senken.

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate wird an dem Tag fällig, an dem die Versicherung beginnt. Wurde der Vertrag danach geschlossen, ab diesem späteren Zeitpunkt.

Zahlen Sie den ersten oder einen folgenden Beitrag nicht rechtzeitig,

- können Sie den Versicherungsschutz verlieren und
- wir können den Vertrag beenden.

Hierbei beachten wir §§ 37 und 38 VVG. Diese finden Sie im Anhang.

Wird der Vertrag oder ein Vertragsteil vor Ablauf seiner Laufzeit beendet, steht uns der Beitrag nur für den Zeitraum zu, in dem Versicherungsschutz bestand. Beenden wir den Vertrag, indem wir

- nach § 19 Abs. 2 VVG wegen Verletzung der >Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten (lesen Sie bitte im Anhang) oder
- ihn wegen arglistiger Täuschung anfechten, steht uns der Beitrag zu, bis der Rücktritt oder die Anfechtung wirksam wird. Treten wir zurück, weil Sie den ersten Beitrag bzw. die Beitragsrate nicht rechtzeitig bezahlt haben, verlangen wir eine angemessene Gebühr.

§ 8 Wann können Sie gegen unsere Forderungen aufrechnen?

Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen, soweit Ihre Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Gegen eine Forderung aus der Pflicht, Beiträge zu bezahlen, können Sie als Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

§ 9 Wann können wir die Beiträge und die Bedingungen ändern?

(1) Wann können wir die Beiträge ändern?

Im Rahmen der vertraglichen Zusage können sich unsere Leistungen ändern, z.B. dadurch dass

- die Kosten für >Heilbehandlungen steigen oder

- Versicherte medizinische Leistungen häufiger in Anspruch nehmen oder
- die Lebenserwartung der Versicherten steigt.

Deshalb vergleichen wir zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen Leistungen mit den Leistungen, die wir gemäß unseren technischen Berechnungsgrundlagen kalkuliert haben. Dabei berücksichtigen wir auch die Sterbewahrscheinlichkeiten.

Weichen die erforderlichen Leistungen einer ➤ Beobachtungseinheit um mehr als 5% von den kalkulierten ab,

- überprüfen wir alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit und
- passen sie – soweit erforderlich – an, nachdem der unabhängige ➤Treuhandler dies überprüft und zugestimmt hat.

Unter den oben genannten Voraussetzungen können wir zusätzlich auch einen betragsmäßig festgelegten Selbstbehalt und/oder einen ➤Risikozuschlag entsprechend anpassen.

Die Anpassungen werden wirksam mit dem Beginn des zweiten Monats, nachdem wir Sie benachrichtigt haben.

(2) Wann können wir die Bedingungen ändern?

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können wir diese Bedingungen und die Tarifbestimmungen diesen neuen Verhältnissen anpassen. Dies setzt voraus, dass

- die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen,
- ein unabhängiger ➤Treuhandler überprüft hat, dass die Voraussetzungen für die Änderungen vorliegen und
- dieser bestätigt hat, dass diese Änderungen angemessen sind.

Die Änderungen werden wirksam mit dem Beginn des zweiten Monats, nachdem wir Ihnen die Ände-

rungen sowie die maßgeblichen Gründe hierfür mitgeteilt haben.

Wir können darüber hinaus eine Bestimmung in diesen Bedingungen durch eine neue Regelung ersetzen, wenn die zu ersetzende Bestimmung durch

- höchstrichterliche Entscheidung oder
- bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt wurde. Dies setzt voraus, dass
- dies notwendig ist, um den Vertrag fortzuführen oder
- der Vertrag ohne diese neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Dabei werden auch die Interessen der jeweils anderen Partei mit berücksichtigt.

Die neue Regelung wird nur wirksam, wenn sie

- das Vertragsziel wahrt und
- die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

Zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die Regelung und die maßgeblichen Gründe hierfür mitgeteilt haben, wird die Regelung Bestandteil Ihres Vertrages.

§ 10 Wann und wie können Sie den Versicherungsschutz ändern?

Sie können einen Wechsel der Versicherung in einen ➤gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern

- der Versicherte in dem neuen Tarif versichert werden kann und
- der neue Tarif ebenfalls unabhängig vom Geschlecht kalkuliert ist.

Wir nehmen den Antrag auf Wechsel in angemessener Frist an. Hierbei rechnen wir die erworbenen Rechte an.

Ist der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender, können wir insoweit

- einen ➤Risikozuschlag (siehe § 7 Abs. 1) verlangen oder
- einen Ausschluss der Leistungen vereinbaren.

Zusätzlich gilt für den neu hinzu gekommenen Schutz eine ➤Wartezeit, wenn der neue Tarif dies vorsieht.

§ 11 Wann endet der Vertrag und wann endet der Versicherungsschutz?

(1) Wann endet der Vertrag?

Der Vertrag endet, sofern

- Sie den Vertrag kündigen. Weitere Informationen dazu lesen Sie in § 12.
- wir den Vertrag kündigen. Lesen Sie bitte hierzu § 13.

Soweit ein Versicherter nicht weiter in seinem Tarif ➤versicherungsfähig ist, können Sie diesen Vertragsteil auf ➤Anwartschaft stellen. Dies müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach Ende des Tarifs beantragen.

Der Vertrag endet auch mit Ihrem Tod. In diesem Fall können die Versicherten den Vertrag fortsetzen. Dazu müssen diese innerhalb von zwei Monaten nach Ihrem Tod einen neuen Versicherungsnehmer benennen. Stirbt ein Versicherter endet nur dessen Vertragsteil.

Sie und Ihr Ehegatte können Ihre Vertragsteile selbstständig weiterführen,

- nachdem Sie geschieden sind oder
- wenn Sie getrennt leben.

Bei ➤Lebenspartnern handhaben wir dies entsprechend.

(2) Wann endet der Versicherungsschutz?

Soweit der Vertrag endet, endet auch der Versicherungsschutz. Dies gilt auch für laufende Versicherungsfälle.

§ 12 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen?

Sie können Ihren Vertrag zum Ende eines jeden ➤Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten ordentlich kündigen. Sie können Ihre Kündigung auch auf einzelne Versicherte oder Tarife beschränken.

Die Mindestvertragsdauer beträgt jedoch zwei Jahre, es sei denn, der Tarif sieht etwas anderes vor.

Darüber hinaus können Sie den Tarif desjenigen Versicherten kündigen, für den

- wir gemäß § 9 die Beiträge erhöhen oder unsere Leistungen vermindern. Dies müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach Zugang unserer Mitteilung zum Zeitpunkt der Änderung tun.
- sich der Beitrag erhöht, weil er eine höhere Altersgruppe erreicht hat. Dann können Sie innerhalb von zwei Monaten nach der Erhöhung rückwirkend zum Zeitpunkt der Erhöhung kündigen.

Beenden wir den Vertrag durch Kündigung, Rücktritt oder Anfechtung nur für einzelne Versicherte oder Tarife, können Sie die Aufhebung des übrigen Teils des Vertrages verlangen. Dies müssen Sie innerhalb von zwei Wochen tun, nachdem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist,

- zum Ende des Monats, in dem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist bzw.
- bei Kündigung zum Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

Kündigen Sie den Vertrag für einzelne Versicherte oder insgesamt, haben die Versicherten das Recht, die Versicherung fortzusetzen, wenn

- die Versicherten einen neuen Versicherungsnehmer bestimmen und
- uns dies innerhalb von zwei Monaten mitteilen, nachdem Sie gekündigt haben.

Ihre Kündigung ist nur wirksam, wenn Sie uns nachweisen, dass die betroffenen Versicherten hiervon Kenntnis erlangt haben.

§ 13 Wann können wir Ihren Vertrag kündigen?

Wir verzichten auf das Recht, Ihren Vertrag ordentlich zu kündigen.

Deshalb können wir nur nach den gesetzlichen Bestimmungen außerordentlich kündigen. Dabei

können wir uns auch auf einzelne Versicherte oder Tarife beschränken.

Kündigen wir den Vertrag insgesamt oder für einzelne Versicherte wegen Zahlungsverzugs, haben die Versicherten das Recht, die Versicherung fortzusetzen, wenn

- sie einen neuen Versicherungsnehmer bestimmen und
- uns dies innerhalb von zwei Monaten mitteilen, nachdem sie von der Kündigung und diesem Recht erfahren haben.

§ 14 Wie muss eine Mitteilung aussehen, die Sie an uns richten?

Willenserklärungen und Anzeigen uns gegenüber bedürfen der ➤Textform.

§ 15 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

(1) Wo können Sie eine Klage gegen uns einreichen?

Sie können eine Klage gegen uns bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen:

- in dem wir unseren Sitz haben,
- in dem Sie Ihren Wohnsitz haben oder
- in dem Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben, wenn Sie keinen Wohnsitz haben.

(2) Wo können wir eine Klage gegen Sie einreichen?

Wir können eine Klage gegen Sie bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen:

- in dem Sie Ihren Wohnsitz haben oder
- in dem Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben, wenn Sie keinen Wohnsitz haben.

(3) Wo können wir Klage einreichen, wenn Sie Ihren Wohnsitz verlegt haben oder uns dieser nicht bekannt ist?

Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen, ist für Klagen das Gericht an unserem Sitz zuständig. Das gilt auch, wenn uns der Ort nicht bekannt ist, an dem Sie sich gewöhnlich aufhalten.

(4) An wen können Sie sich zur außergerichtlichen Streitbeilegung wenden?

Die HALLESCHE Krankenversicherung a.G. nimmt am Schlichtungsverfahren der Verbraucherschlichtungsstelle „OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung“ teil, die Sie wie folgt erreichen können:

OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 060222

10052 Berlin

Telefon: 0800/255 04 44

(kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen)

Telefax: 030/20458931

E-Mail: ombudsmann@pkv-ombudsmann.de

Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Wenn Sie Ihren Vertrag online, beispielsweise über unsere Internetseite, abgeschlossen haben, steht Ihnen die von der Europäischen Kommission eingerichtete Plattform zur Online-Streitbeilegung zur Verfügung. Die Plattform ist unter folgendem Link zu erreichen: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

Fachbegriffe

Hier erläutern wir Ihnen die mit > gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Bedingungen verwenden.

Adoption

Die Adoption muss stets in Deutschland anerkannt sein. Dann behandeln wir den Tag der Adoption wie den Tag der Geburt.

Alter

Das Alter berechnen wir, indem wir vom Kalenderjahr des Versicherungsbeginns oder einer Vertragsänderung Ihr Geburtsjahr abziehen, z.B. 2016 – 1980 = 36. Ihr Alter bestimmt die Höhe des Beitrags.

Anwartschaft

Während einer Anwartschaft ruhen unsere Leistungen und Sie bezahlen einen stark reduzierten Beitrag. Wir sichern Ihnen aber zu, dass wir nach der Anwartschaft wieder den gleichen Schutz gewähren wie zuvor. Dabei berücksichtigen wir nicht, ob sich der Gesundheitszustand des Versicherten verschlechtert hat. Sinnvoll ist eine Anwartschaft z.B. für die Dauer eines längeren Auslandsaufenthaltes.

Anzeigepflicht

Wir können Versicherungsschutz nur dann gewähren, wenn wir das Krankheitskostenrisiko der Versicherten vorher genau kennen. Deshalb müssen Sie und die Versicherten alle gefahrerheblichen Einzelheiten, die für die Risikobeurteilung wichtig sind, anzeigen. Als „gefahrerheblich“ gelten alle Daten, nach denen wir im Versicherungsantrag fragen. Dazu zählen Angaben über Gesundheitszustand, Beruf, Alter sowie über anderweitig beantragten oder bestehenden Schutz.

Die vorvertragliche Anzeigepflicht endet mit der Abgabe des Antrags an uns.

Sollten wir zwischen Antragstellung und Vertragsabschluss noch einmal bei Ihnen nachfragen, gilt aber wieder Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht.

Beobachtungseinheit

Beobachtungseinheiten sind Kinder, Jugendliche und Erwachsene.

Enteral

Medikamente oder Nahrungsmittel werden über den Darm zugeführt, d.h. durch den Mund oder den Enddarm.

Gebührenordnung

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) regeln die Abrechnung privater Leistungen des Arztes und des Zahnarztes, d.h. aller medizinischen und zahnmedizinischen Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In ihnen sind die Gebühren für ärztliche und zahnärztliche Leistungen verzeichnet.

Gleichartig

Gleichartig sind Tarife, die gleiche Leistungsbereiche umfassen. Leistungsbereiche sind z.B. Kostenerstattung für

- ambulante Heilbehandlung,
- stationäre Heilbehandlung oder
- Zahnbehandlung und Zahnersatz.

Dies gilt jeweils nur für Tarife innerhalb der Vollversicherung bzw. für Tarife innerhalb der Zusatzversicherung.

Heilbehandlung

Eine Heilbehandlung versucht mit geeigneten Mitteln die Krankheit oder Verletzung zu heilen, zu lindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Lebenspartner

Lebenspartner sind zwei Personen gleichen Geschlechts, die miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) eingegangen sind.

Parenteral

Medikamente oder Nahrungsmittel werden unter Umgehung des Magen-Darm-Kanals zugeführt, z.B. intravenös oder intramuskulär.

Pflegebedürftigkeit

Bezeichnet einen Zustand, in dem eine kranke oder behinderte Person ihren Alltag dauerhaft (mind. sechs Monate lang) nicht selbstständig bewältigen kann und deshalb auf Pflege oder Hilfe durch andere angewiesen ist.

Risikozuschlag

Hat ein Versicherter bestimmte Vorerkrankungen und liegt deshalb ein höheres Risiko vor, können wir zusätzlich einen Risikozuschlag verlangen.

Schulmedizin

Der Begriff Schulmedizin bezeichnet die allgemein anerkannte Heilkunde. Diese wird an Universitäten und medizinischen Hochschulen nach wissenschaftlichen Grundsätzen gelehrt und entwickelt.

Textform

Textform bedeutet: Schriftlich, es ist aber keine eigenhändige Unterschrift notwendig, z.B. reicht ein Fax oder eine E-Mail.

Treuhänder

Sind Personen, die aufsichtsrechtliche Befugnisse im Interesse der Versicherten wahrnehmen.

Unfall

Ein Unfall ist ein plötzlich, von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, bei dem der Versicherte unfreiwillig einen Schaden erleidet. Die häufigsten Unfälle sind z.B. Stürze, Verkehrs- und Sportunfälle.

Unverzüglich

Bedeutet nicht unbedingt „sofort“, sondern „ohne schuldhaftes Zögern“, d.h. „so schnell wie möglich“.

Versicherungsfähig

Jeder Tarif hat bestimmte Voraussetzungen, die der Versicherte erfüllen muss, um sich dort versichern zu können. Diese finden Sie im Tarif unter „Wer kann sich versichern?“. Es kann z.B. sein, dass er in der GKV versichert sein muss. Liegen diese Voraussetzungen nicht mehr vor, dann endet seine Versicherung in diesem Tarif sofort.

Versicherungsfall

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige
➤Heilbehandlung des Versicherten wegen Krankheit oder den Folgen eines
➤Unfalls. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn der Versicherte nach medizinischem Befund nicht mehr behandelt werden muss.

Je nach Tarif kann es andere Fälle geben, in denen Schutz besteht.

Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr beginnt ab dem Zeitpunkt, der im Versicherungsschein steht (Versicherungsbeginn) und endet nach einem Jahr. Beginnt die Versicherung z.B. am 1.4.2016, so beginnt das Versicherungsjahr am 1.4.2016 und endet am 31.3.2017.

Versicherungsschein

Der Versicherungsschein ist eine Urkunde über einen zustande gekommenen Versicherungsvertrag. Er verkörpert den Vertrag zwischen Ihnen und uns.

Vorsätzlich

Sie handeln vorsätzlich, wenn Sie

- ein bestimmtes Ergebnis wollen oder
- den Eintritt eines Ergebnisses für sicher halten oder
- den Eintritt eines Ergebnisses für möglich halten und ihn bewusst in Kauf nehmen.

Wartezeit

Wartezeit ist die Zeit, in der der Versicherte noch keinen Schutz aus der Versicherung hat. Sie rechnet vom Beginn der Versicherung an.

Anhang

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

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

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

§ 19 Anzeigepflicht

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen 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.

Lebenspartnerschaftsgesetz [LPartG]

§ 1 Form und Voraussetzungen

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

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

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

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

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

Wesentliche Merkmale des Tarifs dentPRO.80

Leistungen beim Zahnarzt

- 100% Erstattung der Kosten für Zahn-Prophylaxe zweimal pro Kalenderjahr, jeweils bis 80 €
-

Tarif dentPRO.80

Versicherung für Zahn-Prophylaxe

Fassung Juli 2016

Der Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung (AVB/ZV 2016).

I.	Wer kann sich versichern?	2
II.	Was erstatten wir unter welchen Voraussetzungen?	2
	(1) Was erstatten wir?	2
	(2) Was erstatten wir für Zahn-Prophylaxe?	2
	(3) Welche Unterlagen brauchen wir stets, damit wir leisten können?.....	2
III.	Welche ▶Wartezeiten sind vereinbart?	2
IV.	Welchen Beitrag müssen Sie bezahlen?	2
	Fachbegriffe	3

I. Wer kann sich versichern?

In diesem Tarif können sich Personen versichern, die

- mindestens 18 Jahre alt sind,
- in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und
- in einem unserer Zusatztarife für Zahnersatz und/oder Zahnbehandlung versichert sind.

Wenn eine dieser Voraussetzungen nicht mehr erfüllt ist, endet diese Versicherung.

II. Was erstatten wir unter welchen Voraussetzungen?

(1) Was erstatten wir?

Versicherungsfall in diesem Tarif ist ausschließlich die Behandlung für Zahn-Prophylaxe.

Unserer Erstattung legen wir stets nur folgende Kosten zu Grunde: Das Honorar des Zahnarztes, das im Rahmen der >Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bis zum 3,5fachen Satz berechnet ist.

(2) Was erstatten wir für Zahn-Prophylaxe?

Wir erstatten 100% der Kosten für Zahn-Prophylaxe zweimal pro Kalenderjahr. Höchstens erhalten Sie von uns 80 €pro Zahn-Prophylaxe.

Dabei erstatten wir folgende Behandlungen, die nach GOZ berechnet sind:

- das Entfernen der harten und weichen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen,
- die Reinigung der Zahnzwischenräume,
- das Entfernen des Biofilms,
- die Oberflächenpolitur,
- die Anwendung geeigneter Fluoridierungsmaßnahmen,
- das Erstellen eines Mundhygienestatus,
- die Unterweisung gegen Karies und parodontale Erkrankungen,
- die Kontrolle des Übungserfolges,
- die Versiegelung von Fissuren und
- die Behandlung von überempfindlichen Zähnen.

(3) Welche Unterlagen brauchen wir stets, damit wir leisten können?

Um leisten zu können, brauchen wir die Rechnung des Zahnarztes. Leisten die GKV und/oder andere Kostenträger vor, müssen Sie uns auch die Höhe dieser Vorleistung nachweisen.

III. Welche >Wartezeiten sind vereinbart?

In diesem Tarif gelten keine Wartezeiten.

IV. Welchen Beitrag müssen Sie bezahlen?

Der Beitrag ist abhängig vom >Alter des Versicherten.

Ab Januar des Jahres, in dem der Versicherte

- 33 Jahre,
- 44 Jahre,
- 52 Jahre,
- 59 Jahre bzw.
- 66 Jahre

alt wird, gilt jeweils der Beitrag für die nächst höhere Altersgruppe.

Fachbegriffe

Hier erläutern wir Ihnen die mit > gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Bedingungen verwenden.

Alter

Das Alter berechnen wir, indem wir vom Kalenderjahr des Versicherungsbeginns oder einer Vertragsänderung Ihr Geburtsjahr abziehen, z.B. 2016 – 1980 = 36. Ihr Alter bestimmt die Höhe des Beitrags.

Gebührenordnung

Die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) regelt die Abrechnung privater Leistungen des Zahnarztes, d.h. aller zahnmedizinischen Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In ihr sind die Gebühren für zahnärztliche Leistungen verzeichnet.

Wartezeit

Wartezeit ist die Zeit, in der der Versicherte noch keinen Schutz aus der Versicherung hat. Sie rechnet vom Beginn der Versicherung an.

Wesentliche Merkmale des Tarifs dentZB.100

Leistungen beim Zahnarzt

Wir erstatten 100% der Kosten für:

- Füllungen
- Wurzelbehandlungen
- Parodontalbehandlungen
- Narkose und Akupunktur bis insgesamt 250 € pro Kalenderjahr
- Kieferorthopädie bei Kindern bis 1.000 €
- Kieferorthopädie bei Erwachsenen nach ➤ Unfall

Es gelten Höchstbeträge für die Leistung in den ersten 5 Kalenderjahren.

Tarif dentZB.100

Versicherung für Zahnbehandlung und Kieferorthopädie

Fassung Juli 2016

Der Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung (AVB/ZV 2016).

I. Wer kann sich versichern?	2
II. Was erstatten wir unter welchen Voraussetzungen?	2
(1) Was erstatten wir?	2
(2) Wie berücksichtigen wir die Leistungen der GKV und/oder anderer Kostenträger?	2
(3) Was erstatten wir für Füllungen?	2
(4) Was erstatten wir für Wurzelbehandlungen?	2
(5) Was erstatten wir für Parodontalbehandlungen?	2
(6) Was erstatten wir für Narkose und Akupunktur?	2
(7) Was erstatten wir für Kieferorthopädie bei Kindern?	3
(8) Was erstatten wir für Kieferorthopädie bei Erwachsenen?	3
(9) Welche Beträge erhalten Sie höchstens für alle versicherten Leistungen?	3
(10) Wann empfehlen wir einen ➤ Heil- und Kostenplan vorzulegen?	3
(11) Welche Unterlagen brauchen wir stets, damit wir leisten können?	3
III. Welche ➤ Wartezeiten sind vereinbart?	3
IV. Welchen Beitrag müssen Sie bezahlen?	4
V. Wann können wir die Leistungen und Beiträge ändern?	4
Fachbegriffe	5

I. Wer kann sich versichern?

In diesem Tarif können sich Personen versichern, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Endet die Versicherung dort, dann endet auch diese Versicherung.

II. Was erstatten wir unter welchen Voraussetzungen?

(1) Was erstatten wir?

Zusätzlich zu § 1(3) der AVB/ZV 2016 ist in diesem Tarif auch die Behandlung für Kieferorthopädie ab ➤KIG 1 bei Kindern ein ➤Versicherungsfall.

Muss sich der Versicherte **ambulant** bei einem niedergelassenen Zahnarzt behandeln lassen und ist dies medizinisch notwendig, legen wir unserer Erstattung stets nur folgende Kosten zu Grunde:

- Das Honorar des Zahnarztes, das im Rahmen der ➤Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) bis zum 3,5fachen Satz und Ärzte (GOÄ) bis zu den dortigen Höchstsätzen berechnet ist.
- Die Kosten für zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) in angemessener Höhe.

(2) Wie berücksichtigen wir die Leistungen der GKV und/oder anderer Kostenträger?

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und/oder anderer Kostenträger muss der Versicherte vorab in vollem Umfang in Anspruch nehmen und uns nachweisen.

Von der tariflichen Erstattung ziehen wir die Vorleistung der GKV und/oder anderer Kostenträger ab.

Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt vereinbart, gilt dieser ebenfalls als Vorleistung.

(3) Was erstatten wir für Füllungen?

Wir erstatten 100% der Kosten für Kunststoff- bzw. Komposit-Füllungen auch mittels Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik.

Bei Milchzähnen erstatten wir 100% der Kosten für Füllungen mit plastischem Füllmaterial. Die

Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik und die Mehrschicht-Technik erstatten wir hier nicht.

Inlays und Onlays gelten nicht als Füllungen.

(4) Was erstatten wir für Wurzelbehandlungen?

Wir erstatten 100% der Kosten für

- Anlegen von Spanngummi (Kofferdam),
- elektronische Längenmessung, je Kanal,
- zusätzliche Anwendung elektrophysikalischer/chemischer Methoden, je Kanal.

Eine rein privatärztliche Rechnung nach den ➤Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte (GOZ/GOÄ) erstatten wir zu 100%, wenn

- die GKV nach den geltenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht leisten muss und
- Sie uns dies z.B. durch entsprechende Röntgenbilder nachweisen.

(5) Was erstatten wir für Parodontalbehandlungen?

Wir erstatten 100% der Kosten für

- mikrobiologische Diagnostik,
- lokale antibiotische/antibakterielle Therapie,
- parodontale Regeneration mittels Schmelzmatrixprotein (Emdogain),
- Maßnahmen zur gesteuerten Geweberegeneration (GTR),
- Auffüllen von Knochendefekten mit autologem oder alloplastischem Material,
- Bindegewebs- und Schleimhauttransplantationen.

Hat die GKV nicht vorgeleistet, leisten wir auch nicht.

(6) Was erstatten wir für Narkose und Akupunktur?

Wir erstatten die Kosten für

- Analgosedierung und
- Lachgassedierung.

Zusätzlich erstatten wir die Kosten für Akupunktur, auch wenn diese medizinisch nicht notwendig ist.

Voraussetzung dafür ist, dass die oben genannten Behandlungen in direktem Zusammenhang mit einer Leistung aus diesem Tarif stehen.

Wir erstatten 100% der Kosten. Höchstens erhalten Sie von uns insgesamt 250 € pro Kalenderjahr.

(7) Was erstatten wir für Kieferorthopädie bei Kindern?

Beginnt der Versicherte die Behandlung vor dem 18. Geburtstag, erstatten wir bei den >kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1-5 100% der Kosten für Kieferorthopädie, auch wenn die Behandlung medizinisch nicht notwendig ist.

Höchstens erhalten Sie insgesamt 1.000 € während der gesamten Laufzeit des Vertrages. Die Begrenzung entfällt, wenn

- der Versicherte einen >Unfall erleidet und
- deshalb behandelt werden muss.

Eigenanteile, die die GKV bei der Behandlung vorsieht, erstatten wir nicht.

(8) Was erstatten wir für Kieferorthopädie bei Erwachsenen?

Beginnt der Versicherte die Behandlung nach dem 18. Geburtstag, erstatten wir 100% der Kosten für Kieferorthopädie, wenn

- der Versicherte einen >Unfall erleidet und
- deshalb behandelt werden muss.

(9) Welche Beträge erhalten Sie höchstens für alle versicherten Leistungen?

Sie erhalten von uns höchstens folgende Leistungsbeträge:

insgesamt

- 500 € im 1. Kalenderjahr,
- 1.000 € im 1. bis 2. Kalenderjahr,
- 1.500 € im 1. bis 3. Kalenderjahr,
- 2.000 € im 1. bis 4. Kalenderjahr,
- 2.500 € im 1. bis 5. Kalenderjahr,
- unbegrenzt ab dem 6. Kalenderjahr.

Die genannten Höchstbeträge beziehen sich jeweils auf den Zeitpunkt der Behandlung.

Muss sich der Versicherte aufgrund eines >Unfalls behandeln lassen, gelten diese Höchstbeträge nicht. Dies setzt voraus,

- dass sich der Unfall nach Abschluss des Vertrages ereignet hat und
- Sie uns dies nachweisen.

Wechselt der Versicherte aus einem unserer anderen Tarife mit Leistungen für Zahnbehandlung und Kieferorthopädie in diesen Tarif, gilt für die Höchstbeträge:

- Wir berücksichtigen die Dauer des bisherigen Tarifs und
- rechnen daraus erstattete Leistungen an.

(10) Wann empfehlen wir einen >Heil- und Kostenplan vorzulegen?

Legen Sie uns bitte den (von der GKV genehmigten) Heil- und Kostenplan vor, bevor der Zahnarzt eine parodontale bzw. kieferorthopädische Behandlung vornimmt.

(11) Welche Unterlagen brauchen wir stets, damit wir leisten können?

Um leisten zu können, brauchen wir immer folgende Unterlagen:

- Die Rechnungen des Zahnarztes und des Labors;
- Ein Nachweis, aus dem hervorgeht,
 - ob und wenn ja, welche Vorleistungen die GKV und/oder ein anderer Kostenträger erbracht hat und
 - welche Leistungen die GKV auf einen vereinbarten Selbstbehalt angerechnet hat und
 - bei Kieferorthopädie, in welche >KIG-Stufe der Versicherte eingestuft wurde.

III. Welche >Wartezeiten sind vereinbart?

In diesem Tarif gelten keine Wartezeiten.

IV. Welchen Beitrag müssen Sie bezahlen?

Der Beitrag ist abhängig vom ➤ Alter des Versicherten.

Ab Januar des Jahres, in dem der Versicherte

- 18 Jahre,
- 33 Jahre,
- 44 Jahre,
- 52 Jahre,
- 59 Jahre bzw.
- 66 Jahre

alt wird, gilt jeweils der Beitrag für die nächst höhere Altersgruppe.

V. Wann können wir die Leistungen und Beiträge ändern?

Wenn sich die Verhältnisse im Gesundheitswesen dauerhaft ändern, können wir die Leistungen und Beiträge dieses Tarifs überprüfen und anpassen. Wann das möglich ist lesen Sie in § 9 der AVB/ZV 2016.

Wenn die GKV ihre Leistung für Zahnbehandlung und/oder Kieferorthopädie ändert, gilt dies ebenfalls. Dann überprüfen wir, wie sich die Änderung auf die Leistungen und Beiträge dieses Tarifs auswirkt und passen diese eventuell an. Dabei muss ein unabhängiger Treuhänder zustimmen.

Auch die Beträge, die Sie von uns im Leistungsfall höchstens erhalten, können wir ändern, wenn

- wir die Beiträge anpassen und
- der Treuhänder zustimmt.

Fachbegriffe

Hier erläutern wir Ihnen die mit > gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Bedingungen verwenden.

Alter

Das Alter berechnen wir, indem wir vom Kalenderjahr des Versicherungsbeginns oder einer Vertragsänderung Ihr Geburtsjahr abziehen, z.B. 2016 – 1980 = 36. Ihr Alter bestimmt die Höhe des Beitrags.

Gebührenordnung

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) regeln die Abrechnung privater Leistungen des Arztes und des Zahnarztes, d.h. aller medizinischen und zahnmedizinischen Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In ihnen sind die Gebühren für ärztliche und zahnärztliche Leistungen verzeichnet.

Heilbehandlung

Eine Heilbehandlung versucht mit geeigneten Mitteln die Krankheit oder Verletzung zu heilen, zu lindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Heil- und Kostenplan

Ein Plan, in dem die Leistungen und Kosten einer bevorstehenden Behandlung durch den Zahnarzt dargestellt sind. Er klärt, inwieweit Kosten vom Patienten, der Krankenkasse oder anderen Kostenträgern zu tragen sind.

KIG – kieferorthopädische Indikationsgruppen

Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt in der GKV eine Einstufung der Zahn- und Kieferfehlstellung je nach Schwere in sogenannte kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG 1-5). Ein Anspruch auf Leistung gegenüber der GKV besteht in KIG 3-5.

Unfall

Ein Unfall ist ein plötzlich, von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, bei dem der Versicherte unfreiwillig einen Schaden erleidet. Die häufigsten Unfälle sind z.B. Stürze, Verkehrs- und Sportunfälle.

Versicherungsfall

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige >Heilbehandlung des Versicherten wegen Krankheit oder den Folgen eines >Unfalls. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn der Versicherte nach medizinischem Befund nicht mehr behandelt werden muss.

Wartezeit

Wartezeit ist die Zeit, in der der Versicherte noch keinen Schutz aus der Versicherung hat. Sie rechnet vom Beginn der Versicherung an.

Wesentliche Merkmale des Tarifs dentZE.90

Leistungen beim Zahnarzt

Wir erstatten 80-90% der Kosten für:

- Zahnersatz
- Inlays
- Narkose und Akupunktur bis insgesamt 250 € pro Kalenderjahr

Es gelten Höchstbeträge für die Leistung in den ersten 5 Kalenderjahren.

Tarif dentZE.90

Versicherung für Zahnersatz

Fassung Juli 2016

Der Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung (AVB/ZV 2016).

I.	Wer kann sich versichern?	2
II.	Was erstatten wir unter welchen Voraussetzungen?	2
	(1) Was erstatten wir?	2
	(2) Wie berücksichtigen wir die Leistungen der GKV und/oder anderer Kostenträger?	2
	(3) Was erstatten wir für Zahnersatz und Inlays?	2
	(4) Was erstatten wir für Narkose und Akupunktur?	3
	(5) Welche Beträge erhalten Sie höchstens für alle versicherten Leistungen?	3
	(6) Wann empfehlen wir einen >Heil- und Kostenplan vorzulegen?	3
	(7) Welche Unterlagen brauchen wir stets, damit wir leisten können?	3
III.	Welche >Wartezeiten sind vereinbart?	3
IV.	Welchen Beitrag müssen Sie bezahlen?	4
V.	Wann können wir die Leistungen und Beiträge ändern?	4
	Fachbegriffe	5

I. Wer kann sich versichern?

In diesem Tarif können sich Personen versichern, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Endet die Versicherung dort, dann endet auch diese Versicherung.

II. Was erstatten wir unter welchen Voraussetzungen?

(1) Was erstatten wir?

Muss sich der Versicherte **ambulant** bei einem niedergelassenen Zahnarzt behandeln lassen und ist dies medizinisch notwendig, legen wir unserer Erstattung stets nur folgende Kosten zu Grunde:

- Das Honorar des Zahnarztes, das
 - im Rahmen der >Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) bis zum 3,5fachen Satz und Ärzte (GOÄ) bis zu den dortigen Höchstsätzen bzw.
 - nach >BEMA berechnet ist.
- Die Kosten für zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) in angemessener Höhe.

(2) Wie berücksichtigen wir die Leistungen der GKV und/oder anderer Kostenträger?

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und/oder anderer Kostenträger muss der Versicherte vorab in vollem Umfang in Anspruch nehmen und uns nachweisen.

- Hat die GKV für Zahnersatz oder Inlays (siehe II. (3)) keine Leistung erbracht oder
 - besteht für diese Leistungen kein Anspruch auf eine Vorleistung der GKV,
- setzen wir 50% der Kosten als Vorleistung der GKV an.

Von der tariflichen Erstattung ziehen wir die Vorleistung der GKV und/oder anderer Kostenträger ab.

Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt vereinbart, gilt dieser ebenfalls als Vorleistung.

(3) Was erstatten wir für Zahnersatz und Inlays?

(3.1) Welche Kosten erstatten wir?

Wir erstatten die Kosten für Inlays aus Metall, Keramik oder Kunststoff und für Zahnersatz sowie dazugehörige Begleitleistungen.

Als Zahnersatz gelten:

- Prothesen,
- Kronen,
- Brücken,
- Implantate und die in diesem Zusammenhang notwendigen vorbereitenden chirurgischen Maßnahmen zum Aufbau des Kieferknochens,
- Verblendungen (außer Weisheitszähne), auch wenn diese medizinisch nicht notwendig sind,
- Aufbissbehelfe und Schienen,
- funktionsanalytische und -therapeutische Maßnahmen, die in Zusammenhang mit Zahnersatz und Schienentherapie anfallen sowie
- Reparatur von Zahnersatz.

(3.2) In welcher Höhe erstatten wir diese Kosten?

- Die gesamte Behandlung ist im Rahmen der >Regelversorgung abgerechnet. Das heißt, die Rechnung enthält keine privaten Vergütungsanteile des Zahnarztes nach den >Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte (GOZ/GOÄ). Dann erstatten wir
 - 100% der Kosten.
- Die Behandlung ist nicht oder nur teilweise im Rahmen der Regelversorgung abgerechnet. Das heißt, die Rechnung enthält private Vergütungsanteile des Zahnarztes nach GOZ/GOÄ. Dann erstatten wir
 - 80% der Kosten, oder
 - 90% der Kosten, wenn ein Zahnarzt den Versicherten in den letzten fünf Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung jährlich untersucht hat. Dies müssen Sie uns z.B. durch ein >Bonusheft nachweisen.

Sie erhalten von uns aber mindestens den Betrag, den wir im Fall der Regelversorgung bezahlen würden.

(4) Was erstatten wir für Narkose und Akupunktur?

Wir erstatten die Kosten für

- Analgosedierung und
- Lachgassedierung.

Zusätzlich erstatten wir die Kosten für Akupunktur, auch wenn diese medizinisch nicht notwendig ist.

Voraussetzung dafür ist, dass die oben genannten Behandlungen in direktem Zusammenhang mit einer Leistung aus diesem Tarif stehen.

Wir erstatten

- 80% der Kosten, oder
- 90% der Kosten, wenn ein Zahnarzt den Versicherten in den letzten fünf Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung jährlich untersucht hat. Dies müssen Sie uns z.B. durch ein ➤ Bonusheft nachweisen.

Höchstens erhalten Sie von uns insgesamt 250 € pro Kalenderjahr.

(5) Welche Beträge erhalten Sie höchstens für alle versicherten Leistungen?

Sie erhalten von uns höchstens folgende Leistungsbeträge:

insgesamt

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

Diese Höchstbeträge reduzieren sich um 75%, wenn der Versicherte bei Vertragsschluss

- mindestens einen fehlenden Zahn hat oder
- dieser durch herausnehmbaren Zahnersatz ersetzt ist.

Die genannten Höchstbeträge beziehen sich jeweils auf den Zeitpunkt der Behandlung.

Muss sich der Versicherte aufgrund eines ➤ Unfalls behandeln lassen, gelten diese Höchstbeträge nicht. Dies setzt voraus,

- dass sich der Unfall nach Abschluss des Vertrages ereignet hat und
- Sie uns dies nachweisen.

Wechselt der Versicherte aus einem unserer anderen Tarife mit Leistungen für Zahnersatz in diesen Tarif, gilt für die Höchstbeträge:

- Wir berücksichtigen die Dauer des bisherigen Tarifs und
- rechnen daraus erstattete Leistungen an.

(6) Wann empfehlen wir einen ➤ Heil- und Kostenplan vorzulegen?

Legen Sie uns bitte den (von der GKV genehmigten) Heil- und Kostenplan vor, bevor der Zahnarzt den Versicherten behandelt.

(7) Welche Unterlagen brauchen wir stets, damit wir leisten können?

Um leisten zu können, brauchen wir immer folgende Unterlagen:

- Die Rechnungen des Zahnarztes und des Labors;
- Ein Nachweis, aus dem hervorgeht,
 - ob und wenn ja, welche Vorleistungen die GKV und/oder ein anderer Kostenträger erbracht hat und
 - welche Leistungen die GKV auf einen vereinbarten Selbstbehalt angerechnet hat.

Lässt ein Versicherter einen fehlenden Zahn ersetzen, müssen Sie uns nachweisen, wann er diesen Zahn verloren hat.

III. Welche ➤ Wartezeiten sind vereinbart?

In diesem Tarif gelten keine Wartezeiten.

IV. Welchen Beitrag müssen Sie bezahlen?

Der Beitrag ist abhängig vom ➤ Alter des Versicherten.

Ab Januar des Jahres, in dem der Versicherte

- 18 Jahre,
- 33 Jahre,
- 44 Jahre,
- 52 Jahre,
- 59 Jahre bzw.
- 66 Jahre

alt wird, gilt jeweils der Beitrag für die nächst höhere Altersgruppe.

V. Wann können wir die Leistungen und Beiträge ändern?

Wenn sich die Verhältnisse im Gesundheitswesen dauerhaft ändern, können wir die Leistungen und Beiträge dieses Tarifs überprüfen und anpassen. Wann das möglich ist lesen Sie in § 9 der AVB/ZV 2016.

Wenn die GKV ihre Leistung für Zahnersatz ändert, gilt dies ebenfalls. Dann überprüfen wir, wie sich die Änderung auf die Leistungen und Beiträge dieses Tarifs auswirkt und passen diese eventuell an. Dabei muss ein unabhängiger Treuhänder zustimmen.

Auch die Beträge, die Sie von uns im Leistungsfall höchstens erhalten, können wir ändern, wenn

- wir die Beiträge anpassen und
- der Treuhänder zustimmt.

Fachbegriffe

Hier erläutern wir Ihnen die mit > gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Bedingungen verwenden.

Alter

Das Alter berechnen wir, indem wir vom Kalenderjahr des Versicherungsbeginns oder einer Vertragsänderung Ihr Geburtsjahr abziehen, z.B. 2016 – 1980 = 36. Ihr Alter bestimmt die Höhe des Beitrags.

BEMA - Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen

Der BEMA bildet die Grundlage für die Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen innerhalb der GKV in Deutschland.

Bonusheft

Im Bonusheft hält der Zahnarzt die Termine der Untersuchung bzw. Prophylaxe fest. Es dient als Nachweis, dass der Versicherte regelmäßig zur Kontrolle beim Zahnarzt ist.

Gebührenordnung

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) regeln die Abrechnung privater Leistungen des Arztes und des Zahnarztes, d.h. aller medizinischen und zahnmedizinischen Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In ihnen sind die Gebühren für ärztliche und zahnärztliche Leistungen verzeichnet.

Heil- und Kostenplan

Ein Plan, in dem die Leistungen und Kosten einer bevorstehenden Behandlung durch den Zahnarzt dargestellt sind. Er klärt, inwieweit Kosten vom Patienten, der Krankenkasse oder anderen Kostenträgern zu tragen sind.

Regelversorgung

Der als zweckmäßig, ausreichend, wirtschaftlich und notwendig angesehene Zahnersatz für den jeweiligen Gebisszustand wird als Regelversorgung bezeichnet.

Unfall

Ein Unfall ist ein plötzlich, von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, bei dem der Versicherte unfreiwillig einen Schaden erleidet. Die häufigsten Unfälle sind z.B. Stürze, Verkehrs- und Sportunfälle.

Wartezeit

Wartezeit ist die Zeit, in der der Versicherte noch keinen Schutz aus der Versicherung hat. Sie rechnet vom Beginn der Versicherung an.

Wesentliche Merkmale des Tarifs FÖRDERbar

Pflegemonatsgeld

- in Abhängigkeit des Pflegegrades für jeden Tag der Pflegebedürftigkeit

Staatliche Förderung

- monatliche staatliche Förderung in Höhe von 5 € für jede versicherte Person
-

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung

Teil I Musterbedingungen 2017 für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV 2017) §§ 1 – 27

Teil II Tarif mit Tarifbedingungen

Fassung Februar 2017

§ 1	Versicherungsfähigkeit.....	3
§ 2a	Besondere Mitwirkungspflichten des Versicherten.....	3
§ 2b	Hinweispflichten des Versicherers	3
§ 3	Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes.....	3
§ 4	Beginn des Versicherungsschutzes	4
§ 5	Wartezeit.....	4
§ 6	Beginn und Umfang der Leistungspflicht	4
§ 7	Auszahlung der Versicherungsleistungen	5
§ 8	Ende des Versicherungsschutzes	5
§ 9	Beitragszahlung	5
§ 10	Beitragsberechnung.....	6
§ 11	Beitragsanpassung.....	6
§ 12	Überschussbeteiligung	7
§ 13	Erhalt der Förderfähigkeit	7
§ 14	Obliegenheiten	7
§ 15	Folgen von Obliegenheitsverletzungen.....	7

§ 16 Aufrechnung	8
§ 17 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	8
§ 18 Kündigung durch den Versicherer	9
§ 19 Sonstige Beendigungsgründe	9
§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen.....	9
§ 21 Gerichtsstand	9
§ 22 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.....	10
§ 23 Ruhen bei Hilfebedürftigkeit	10
§ 24 Kindernachversicherung.....	11
§ 25 Mehrfachversicherung.....	11
§ 26 Anwartschaft.....	11
§ 27 Übergangsregelung	12
Anhang	13
Versicherungsvertragsgesetz [VVG].....	13
Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) [SGB XI].....	14

Der Versicherungsschutz

§ 1 Versicherungsfähigkeit

I

(1) Versicherungsfähig nach diesen Bedingungen sind Personen, die

- in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung) versichert sind und
- für diesen Vertrag eine Pflegevorsorgezulage gemäß § 126 SGB XI (siehe Anhang) erhalten.

Die §§ 23 Abs. 2 Nr. 6, 24 und 26 Abs. 4 bleiben unberührt.

(2) Nicht versicherungsfähig sind Personen, die

- vor Abschluss des Versicherungsvertrags bereits Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung beziehen oder bezogen haben oder
- das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 2a Besondere Mitwirkungspflichten des Versicherten

I

(1) Bei Abschluss des Vertrages hat der Versicherte zu bestätigen, dass die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit nach § 1 vorliegen. Die Bestätigung erfolgt in Textform, soweit nicht eine andere Form vereinbart ist.

(2) Jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungsfähigkeit führt, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung, ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen, es sei denn, es wurde eine erleichterte Form vereinbart.

§ 2b Hinweispflichten des Versicherers

I

(1) Vergibt die zentrale Stelle nach § 128 Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang) die Zulagenummer für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung auf Antrag des Versicherers gemäß § 128 Abs. 1 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang), teilt der Versicherer diese Zulagenummer dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Die Mitteilung an den Versicherungsnehmer gilt gleichzeitig als Mitteilung an sämtliche mitversicherte Personen.

(2) Teilt die zentrale Stelle dem Versicherer mit, dass für eine versicherte Person kein Anspruch auf Zulage besteht, informiert der Versicherer hierüber innerhalb von einem Monat nach Eingang des entsprechenden Datensatzes unter Hinweis auf die Rechte nach § 25. Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 3 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

I

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegemonatsgeld oder Pflagegeld.

(2) Der Versicherungsfall liegt vor, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 14 SGB XI (siehe Anhang) ist.

(3) Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 14 SGB XI (siehe Anhang); bei Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des Versicherers zugrunde zu legen, bei dem die private Pflegepflichtversicherung besteht. Der Versicherungsfall endet, wenn keine Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI (siehe Anhang) mehr vorliegt.

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

(5) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung nur in eine andere mit einer Pflegevorsorgezulage nach § 127 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) förderfähige Versicherung bei dem gleichen Versicherer verlangen. Die erworbenen Rechte bleiben bei der Umwandlung erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschaftsversicherung und ruhender Versicherung so lange nicht, wie der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund fortbesteht. Die Umwandlung einer nicht geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in eine staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung kann nicht verlangt werden.

II

Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegemonatsgeld jeweils für den zurückliegenden Monat.

§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes

I

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere durch Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der vereinbarten Wartezeit nach § 5. An Stelle einer schriftlichen Annahmeerklärung kann eine erleichterte Form vereinbart werden. Bei Vertragsänderungen gilt Satz 1 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 5 Wartezeit

I

(1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die Wartezeit beträgt fünf Jahre, soweit nicht eine kürzere Wartezeit vereinbart ist.

(3) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den zukünftigen Teil des Versicherungsschutzes.

II

Die Wartezeit beträgt fünf Jahre. Sie entfällt bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit.

§ 6 Beginn und Umfang der Leistungspflicht

I

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen. Das Pflegemonatsgeld beträgt bei Pflegegrad 5 mindestens 600 € Bei Pflegegrad 1 beträgt das Pflegemonatsgeld mindestens 10%, bei Pflegegrad 2 mindestens 20%, bei Pflegegrad 3 mindestens 30% und bei Pflegegrad 4 mindestens 40% des Pflegemonatsgeldes des Pflegegrades 5. Wird ein Pfl egetagegeld vereinbart, darf die Summe der monatlich erbrachten Tagegelder die vorgenannten Beträge nicht unterschreiten.

(2) Das vereinbarte Pflegemonats- oder Pfl egetagegeld wird gezahlt, wenn der Versicherungsfall nach § 3 Abs. 3 festgestellt wurde und die versicherte Person für diesen Versicherungsfall Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung für einen der Pflegegrade 1 bis 5 gemäß § 15 SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung bezieht. Davon abweichend besteht die Leistungspflicht auch dann, wenn die Leistung der sozialen Pflegeversicherung nach § 34 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung ruht. Für die Zuordnung einer versicherten Person zu einem der Pflegegrade 1 bis 5 sind die Feststellungen nach § 3 Abs. 3 verbindlich.

(3) Von der gesetzlichen Pflegeversicherung festgestellte pflegegradrelevante Änderungen der Pfl e-

gebedürftigkeit gemäß § 14 SGB XI (siehe Anhang) sind dem Versicherer anzuzeigen.

(4) Die Versicherungsleistungen dürfen die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltende Höhe der Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nicht überschreiten. Eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist zulässig.

II

(1) Das Pflegemonatsgeld beträgt in Pflegegrad 5 600 €. Wird der für die Erlangung der Pflegevorsorgezulage erforderliche monatliche Gesamtbeitrag in Höhe von 15 € (vgl. § 9 Abs. 1) nicht erreicht, wird für Pflegegrad 5 ein entsprechend höheres Pflegemonatsgeld vereinbart.

(2) Das Pflegemonatsgeld beträgt bei Pflegebedürftigkeit in Abhängigkeit des Pflegegrades

- in Pflegegrad 5 100%
- in Pflegegrad 4 50%
- in Pflegegrad 3 30%
- in Pflegegrad 2 20%
- in Pflegegrad 1 10%

des versicherten Pflegemonatsgeldes in Pflegegrad 5.

Maßgeblich für die Einordnung in einen der oben genannten Pflegegrade ist die vorgenommene Einstufung durch die soziale Pflegeversicherung oder die private Pflegepflichtversicherung.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

I

(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Voraussetzung ist, dass die vereinbarte Wartezeit (vgl. § 5) erfüllt ist. Die Leistungen werden vom Beginn der Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung an erbracht. Sie werden jedoch frühestens ab dem Zeitpunkt ausgezahlt, in dem die Feststellungen nach § 3 Abs. 3 und der Beginn des Anspruchs auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung schriftlich nachgewiesen werden.

(2) Bei untermonatlichem Beginn oder Ende des Versicherungsfalls werden Pflegemonats- oder Pflegegagegeld jeweils für den vollen Monat gezahlt.

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

(4) Das Pflegemonats- oder Pflegegagegeld wird ohne Kostennachweis jeweils zum Ende eines jeden Monats gezahlt, in dem Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI (siehe Anhang) besteht, soweit der Tarif mit Tarifbedingungen nichts Abweichendes regelt.

(5) Grundsätzlich wird an den Versicherungsnehmer geleistet. Etwas anderes gilt nur dann, wenn der Versicherungsnehmer die versicherte Person in Textform oder in einer anderen vereinbarten erleichterten Form als Empfangsberechtigte benannt hat.

(6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

II

Schriftliche Nachweise der gesetzlichen Pflegeversicherung sind insbesondere die Entscheidung zur Einordnung in den jeweiligen Pflegegrad, einschließlich der Angabe des Befundes, der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit.

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

I

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 9 Beitragszahlung

I

(1) Der Beitrag ist, sofern nichts Abweichendes vereinbart ist, ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten ei-

nes jeden Monats fällig. Der Beitrag setzt sich aus einem Eigenanteil von mindestens 10 € und der Zulage in Höhe von 5 € zusammen. Der Zulagenanteil des Beitrags wird vom Versicherer bis zur Zahlung der Zulage durch die zentrale Stelle nach § 128 Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang) an den Versicherer gestundet.

(2) Der erste Beitrag ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Die Erteilung eines Auftrags zum Beitrags-einzug gilt als Zahlung des Beitrags, sofern die Lastschrift eingelöst und der Einlösung nicht widersprochen wird.

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

(4) Nicht rechtzeitige Zahlung eines Beitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der im Tarif mit Tarifbedingungen festgelegten Mahnkosten verpflichtet. Tritt der Versicherer vom Vertrag zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(5) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Versicherungsperiode beendet, steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur der Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.

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

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

§ 10 Beitragsberechnung

I

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Eine Gesundheitsprüfung findet nicht statt. Risikozuschläge werden nicht erhoben. Leistungsaus-schlüsse werden nicht vereinbart.

II

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

§ 11 Beitragsanpassung

I

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers, z.B. aufgrund von Veränderungen der Pflegedauer, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5%, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich,

mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst, wenn die Abweichung als nicht nur vorübergehend anzusehen ist.

Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrundeliegenden gesetzlichen Bestimmungen, ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend dem veränderten Bedarf zu erhöhen oder zu verringern. Bei verringertem Bedarf ist der Versicherer zur Anpassung insoweit verpflichtet. Erhöht der Versicherer die Beiträge, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Abs. 4.

(2) Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 12 Überschussbeteiligung

I

(1) Nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften wird aus dem Abrechnungsverband der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, welche ausschließlich den Versicherungsnehmern zugutekommt. Dies kann in folgender Form geschehen:

- a) Limitierung von Beitragsanstiegen bei Beitragsanpassungen,
- b) Anrechnung auf den Beitrag,
- c) Erhöhung der Leistung oder
- d) Zuführung zur Alterungsrückstellung, wobei diese Beträge ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrbeiträge aus Beitragserhöhungen oder eines Teils der Mehrbeiträge zu verwenden sind, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrbeiträge nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämien senkung einzusetzen.

(2) Die Form und der Zeitpunkt der Verwendung erfolgt nach Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders.

§ 13 Erhalt der Förderfähigkeit

I

Sollte der vereinbarte Beitrag für eine versicherte Person unter 15 € monatlich sinken (vgl. § 9 Abs. 1), setzt der Versicherer zum Erhalt der Förderfähigkeit den Beitrag neu fest und erhöht insoweit das Pflegemonats- oder Pflegeitagegeld. Der Versicherer teilt dies dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Der Versicherungsnehmer kann den Änderungen innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung widersprechen. In diesem Fall werden die Änderungen nicht wirksam und die Versicherungsfähigkeit (§ 1 Abs. 1) entfällt mit der Folge, dass der Vertrag endet (§ 19 Abs. 3). Für die Kindernachversicherung gilt § 24.

§ 14 Obliegenheiten

I

Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 7 Abs. 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

§ 15 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

I

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die in § 14 genannte Obliegenheit verletzt wird.

(2) Entstehen dem Versicherer durch eine Verletzung der Obliegenheit nach § 14 zusätzliche Aufwendungen, kann er vom Versicherungsnehmer dafür Ersatz verlangen.

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

§ 16 Aufrechnung

I

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

Ende der Versicherung

§ 17 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

I

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

(2) Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er die Versicherung binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt ihres Eintritts kündigen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen. Für den Fall der Vereinbarung einer Ruhezeit nach § 23 beginnt die Dreimonatsfrist mit dem Ende der Ruhezeit, wenn Hilfebedürftigkeit weiter vorliegt. Später kann der Versicherungsnehmer die Versicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem der Nachweis der Hilfebedürftigkeit vorgelegt wird.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 11 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 22

Abs. 1, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

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

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

II

Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre.

§ 18 Kündigung durch den Versicherer

I

- (1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
- (4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 17 Abs. 7 Satz 1 und 2 entsprechend.

§ 19 Sonstige Beendigungsgründe

I

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Das Versicherungsverhältnis endet, wenn eine der in § 1 Abs. 1 genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit entfällt. Besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage, da die zentrale Stelle nach § 128 Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang) die Pflegevorsorgezulage einem anderen Vertrag zugeteilt hat, bleibt das Versicherungsverhältnis abweichend von Satz 1 bestehen, wenn der Versicherungsnehmer gegenüber dem Versicherer innerhalb von drei Monaten nach Zugang der Mitteilung über das Ermittlungsergebnis nach § 2b Abs. 2 Satz 2 nachweist, dass der andere Vertrag, für den die Pflegevorsorgezulage gewährt wurde, aufgehoben und der Antrag auf Zulage hierfür storniert wurde.
- (4) Die §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) sowie § 9 Abs. 4 bleiben unberührt.

- (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, endet das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

II

Die Schweiz wird den in Abs. 5 genannten Mitgliedstaaten der Europäischen Union bzw. den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gleichgestellt.

Sonstige Bestimmungen

§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen

I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform, sofern nicht eine erleichterte Form vereinbart ist.

§ 21 Gerichtsstand

I

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

II

(1) Die Schweiz wird den in Abs. 3 genannten Mitgliedstaaten der Europäischen Union bzw. den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gleichgestellt.

(2) *Außergerichtliche Streitbeilegung:*

Die HALLESCHE Krankenversicherung a.G. nimmt am Schlichtungsverfahren der Verbraucherschlichtungsstelle „OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung“ teil, die Sie wie folgt erreichen können:

OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 060222

10052 Berlin

Telefon: 0800/255 04 44

(kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen)

Telefax: 030/20458931

E-Mail: ombudsmann@pkv-ombudsmann.de

Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Wenn Sie Ihren Vertrag online, beispielsweise über unsere Internetseite, abgeschlossen haben, steht Ihnen die von der Europäischen Kommission eingerichtete Plattform zur Online-Streitbeilegung zur Verfügung. Die Plattform ist unter folgendem Link zu erreichen: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

§ 22 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

I

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

Vermindert der Versicherer die Leistungen, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Abs. 4.

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

(3) Ändern sich die gesetzlichen Voraussetzungen für die staatliche Förderung der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung, ist der Versicherer berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen nach Maßgabe des Abs. 1 entsprechend anzupassen.

§ 23 Ruhen bei Hilfebedürftigkeit

I

(1) Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er den Versicherungsvertrag drei Jahre ruhen lassen. Der Tarif mit Tarifbedingungen kann einen längeren Zeitraum vorsehen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen.

(2) In der Ruhenszeit gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit folgenden Änderungen fort:

1. Leistungen des Versicherers werden nicht erbracht; für während der Ruhezeit eingetretene Versicherungsfälle besteht die Leistungspflicht erst nach Wiederaufleben der Versicherung.
2. Es sind keine Beiträge zu zahlen.
3. Der Lauf von Fristen und der Wartezeit nach § 5 wird nicht unterbrochen.
4. Die Ruhezeit endet, wenn Hilfebedürftigkeit nicht mehr besteht, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Laufzeit. Das Ende der Hilfebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.
5. Mit der Beendigung der Ruhezeit tritt die ursprüngliche Versicherung wieder in Kraft. Als Beitrag ist der Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter unter Anrechnung der vor der Ruhezeit aufgebauten Alterungsrückstellungen zu zahlen.
6. In Abweichung zu § 1 Abs. 1 ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage während des Ruhens keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit.

§ 24 Kindernachversicherung

I

(1) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein und nicht geringer als der Versicherungsschutz nach § 6 Abs. 1.

(2) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

(3) Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit. Der Beitrag darf 15 € monatlich unterschreiten; eine Stundung gemäß § 9 Abs. 1 Satz 4 erfolgt nicht.

(4) Ab Vollendung des 18. Lebensjahres richtet sich die Versicherungsfähigkeit nach § 1. Liegt der Beitrag unter 15 € monatlich, gilt § 13. Werden in diesem Zeitpunkt bereits Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung bezogen, gilt abweichend von Satz 1 Abs. 3; § 13 findet keine Anwendung.

§ 25 Mehrfachversicherung

I

Besteht für eine versicherte Person bei verschiedenen Versicherern Versicherungsverträge über die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsvertrag nicht als erster abgeschlossen wurde, die Stornierung des Antrags auf Pflegevorsorgezulage und die Aufhebung des Versicherungsvertrages verlangen. Stornierung und Aufhebung können nur zusammen verlangt werden. Der Versicherer bestätigt dem Versicherungsnehmer unverzüglich die Aufhebung des Vertrages und die Stornierung des Antrags auf Zulage. Er kann im Fall der Aufhebung des Versicherungsvertrages und Stornierung des Antrags auf Zulage eine angemessene Geschäftsbühr verlangen.

§ 26 Anwartschaft

I

(1) Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Regelungen der §§ 1 bis 25, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

(2) Während der Anwartschaftsversicherung darf der Beitrag den Mindestbeitrag von 15 € (vgl. § 9 Abs. 1 Satz 3) unterschreiten. Eine Stundung gemäß § 9 Abs. 1 Satz 4 erfolgt nicht. Ein Antrag auf Zulage wird für den Zeitraum der Anwartschaftsversicherung nicht gestellt.

(3) Endet die Versicherungsfähigkeit, weil der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 126

SGB XI (siehe Anhang) in den Fällen des § 19 Abs. 3 Satz 2 entfällt, oder weil die Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung endet (vgl. § 1 Abs. 1), wird die beendete Versicherung auf Antrag des Versicherungsnehmers als Anwartschaft fortgesetzt. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat verlegt, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist. Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Versicherung oder der Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts zu stellen.

(4) In Abweichung zu § 1 Abs. 1 sind in der Anwartschaftsversicherung auch Personen versicherungsfähig, die keinen Anspruch auf Pflegevorsorgezulage haben.

(5) Durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, die Versicherung in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in Kraft zu setzen, wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Der Beitrag nach Aufleben des Versicherungsschutzes richtet sich nach dem erreichten Alter unter Anrechnung vorhandener Alterungsrückstellungen.

(6) Für die Dauer der Anwartschaft ist monatlich ein Beitrag zu zahlen. Es besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 127 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang).

(7) Bei einer Änderung der Beiträge in der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung gemäß § 11 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung zum selben Zeitpunkt neu festgesetzt.

(8) Für die Dauer der Anwartschaft besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen. Während der Anwartschaft eingetretene Versicherungsfälle sind für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit der Anwartschaft fällt. Zeiten einer Anwartschaft werden auf die Wartezeit nach § 5 angerechnet.

(9) Die Anwartschaftsversicherung endet, wenn die Voraussetzungen nach Abs. 3 nicht mehr vorliegen. Die Versicherung wird in diesen Fällen rückwirkend zum Ersten des Monats, in dem der Versicherungsnehmer die Wiedererlangung der Förderfähigkeit nachweist, in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung fortgeführt.

II

Die Schweiz wird den in Abs. 3 genannten Mitgliedstaaten der Europäischen Union bzw. den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gleichgestellt.

§ 27 Übergangsregelung

I

(1) Versicherte, bei denen am 31. Dezember 2016 die Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine vertragliche Versicherungsleistung vorliegen, werden gemäß der nachfolgenden Tabelle einem Pflegegrad zugeordnet:

Einstufung	
am 31.12.2016	ab 1.1.2017
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe III als Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, auch als Härtefall	Pflegegrad 5

(2) Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 7 Abs. 5) die Zuordnung nach Abs. 1 schriftlich mit. Weicht die Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.

(3) Das Pflegemonats- oder Pflgetagegeld richtet sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Es wird jedoch mindestens in der bisher bezogenen Höhe erbracht. Satz 2 gilt auch für den Fall, dass nachträglich festgestellt wird, dass am 31. Dezember 2016 ein Anspruch auf Leistung bestand. Satz 2 gilt nicht mehr, wenn die Pflegebedürftigkeit endet oder nach einer Umwandlung in eine gleichartige Versicherung nach § 3 Abs. 6.

(4) Sofern die gesetzliche Pflegeversicherung ab dem 1. Januar 2017 feststellt, dass bereits vor diesem Zeitpunkt die Voraussetzungen für die Einstufung in einen höheren Pflegegrad bestanden, als denjenigen, in den gesetzlich übergeleitet worden ist, richten sich die Leistungen aus dieser Versicherung ab dem Zeitpunkt, den die gesetzliche Pflegeversicherung festgestellt hat, für den Zeitraum vom 1. November bis zum 31. Dezember 2016 nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Tarif.

Anhang

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

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

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Abs. 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden 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 Abs. 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

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

(3) 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; Abs. 2 bleibt unberührt.

Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI)

[SGB XI]

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegfachlich 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 auto-aggressives 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 gerichteter Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Abs. 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Abs. 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 pflegfachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in der 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 der Anlage 2 festgelegten, gewich-

teten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstrumentes werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10%,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15%,
3. Selbstversorgung mit 40%,
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20%,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15%.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrads sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in der Anlage 1 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 pfle-

gefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Abs. 1 die pflegfachlich 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 Abs. 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 Abs. 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis 18 Monaten werden abweichend von den Abs. 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.

§ 34 Ruhen der Leistungsansprüche

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:

1. solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr ist das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 weiter zu gewähren. Für die Pflegesachleistung gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pfl-

gebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet,

2. soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(2) Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht darüber hinaus, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (§ 37 des Fünften Buches) auch Anspruch auf Leistungen besteht, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, sowie für die Dauer des stationären Aufenthalts in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4, soweit § 39 nichts Abweichendes bestimmt. Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ist in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Leistungen, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, oder einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 des Fünften Buches weiter zu zahlen; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Abs. 6 Satz 1 des Zwölften Buches Anwendung findet, wird das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt.

§ 126 Zulageberechtigte

Personen, die nach dem Dritten Kapitel in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung versichert sind (zulageberechtigte Personen), haben bei Vorliegen einer auf ihren Namen lautenden privaten Pflege-Zusatzversicherung unter den in § 127 Abs. 2 genannten Voraussetzungen Anspruch auf eine Pflegevorsorgezulage. Davon ausgenommen sind Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie Personen, die vor Abschluss der privaten Pflege-Zusatzversicherung bereits als Pflegebedürftige Leistungen nach dem Vierten Kapitel oder gleichwertige Vertragsleistungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung beziehen oder bezogen haben.

§ 127 Pflegevorsorgezulage; Fördervoraussetzungen

(1) Leistet die zulageberechtigte Person mindestens einen Beitrag von monatlich 10 € im jeweiligen Beitragsjahr zugunsten einer auf ihren Namen lautenden, gemäß Abs. 2 förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung, hat sie Anspruch auf eine Zulage in Höhe von monatlich 5 €. Die Zulage wird bei dem Mindestbeitrag nach Satz 1 nicht berücksichtigt. Die Zulage wird je zulageberechtigter Person für jeden Monat nur für einen Versicherungsvertrag gewährt. Der Mindestbeitrag und die Zulage sind für den förderfähigen Tarif zu verwenden.

§ 128 Verfahren; Haftung des Versicherungsunternehmens

(1) Die Zulage gemäß § 127 Abs. 1 wird auf Antrag gewährt. Die zulageberechtigte Person bevollmächtigt das Versicherungsunternehmen mit dem Abschluss des Vertrags über eine förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung, die Zulage für jedes Beitragsjahr zu beantragen. Sofern eine Zulagenummer oder eine Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches für die zulageberechtigte Person noch nicht vergeben ist, bevollmächtigt sie zugleich ihr Versicherungsunternehmen, eine Zulagenummer bei der zentralen Stelle zu beantragen. Das Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, der zentralen Stelle nach amtlich vorgeschriebenem Datensatz durch amtlich bestimmte Datenfernübertragung zur Feststellung der Anspruchsberechtigung auf Auszahlung der Zulage zugleich mit dem Antrag in dem Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. März des Kalenderjahres, das auf das Beitragsjahr folgt, Folgendes zu übermitteln:

1. die Antragsdaten,
2. die Höhe der für die zulagefähige private Pflege-Zusatzversicherung geleisteten Beiträge,
3. die Vertragsdaten,
4. die Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches, die Zulagenummer der zulageberechtigten Person oder einen Antrag auf Vergabe einer Zulagenummer,
5. weitere zur Auszahlung der Zulage erforderliche Angaben,
6. die Bestätigung, dass der Antragsteller eine zulageberechtigte Person im Sinne des § 126 ist, sowie

7. die Bestätigung, dass der jeweilige Versicherungsvertrag die Voraussetzungen des § 127 Abs. 2 erfüllt.

Die zulageberechtigte Person ist verpflichtet, dem Versicherungsunternehmen unverzüglich eine Änderung der Verhältnisse mitzuteilen, die zu einem Wegfall des Zulageanspruchs führt. Hat für das Beitragsjahr, für das das Versicherungsunternehmen bereits eine Zulage beantragt hat, kein Zulageanspruch bestanden, hat das Versicherungsunternehmen diesen Antragsdatensatz zu stornieren.

(2) Die Auszahlung der Zulage erfolgt durch eine zentrale Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund; das Nähere, insbesondere die Höhe der Verwaltungskostenerstattung, wird durch Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und der Deutschen Rentenversicherung Bund geregelt. Die Zulage wird bei Vorliegen der Voraussetzungen an das Versicherungsunternehmen gezahlt, bei dem der Vertrag über die private Pflege-Zusatzversicherung besteht, für den die Zulage beantragt wurde. Wird für eine zulageberechtigte Person die Zulage für mehr als einen privaten Pflege-Zusatzversicherungsvertrag beantragt, so wird die Zulage für den jeweiligen Monat nur für den Vertrag gewährt, für den der Antrag zuerst bei der zentralen Stelle eingegangen ist. Soweit der zuständige Träger der Rentenversicherung keine Versicherungsnummer vergeben hat, vergibt die

zentrale Stelle zur Erfüllung der ihr zugewiesenen Aufgaben eine Zulagenummer. Im Fall eines Antrags nach Abs. 1 Satz 3 teilt die zentrale Stelle dem Versicherungsunternehmen die Zulagenummer mit; von dort wird sie an den Antragsteller weitergeleitet. Die zentrale Stelle stellt aufgrund der ihr vorliegenden Informationen fest, ob ein Anspruch auf Zulage besteht, und veranlasst die Auszahlung an das Versicherungsunternehmen zugunsten der zulageberechtigten Person. Ein gesonderter Zulagebescheid ergeht vorbehaltlich des Satzes 9 nicht. Das Versicherungsunternehmen hat die erhaltenen Zulagen unverzüglich dem begünstigten Vertrag gutzuschreiben. Eine Festsetzung der Zulage erfolgt nur auf besonderen Antrag der zulageberechtigten Person. Der Antrag ist schriftlich innerhalb eines Jahres nach Übersendung der Information nach Abs. 3 durch das Versicherungsunternehmen vom Antragsteller an das Versicherungsunternehmen zu richten. Das Versicherungsunternehmen leitet den Antrag der zentralen Stelle zur Festsetzung zu. Es hat dem Antrag eine Stellungnahme und die zur Festsetzung erforderlichen Unterlagen beizufügen. Die zentrale Stelle teilt die Festsetzung auch dem Versicherungsunternehmen mit. Erkennt die zentrale Stelle nachträglich, dass der Zulageanspruch nicht bestanden hat oder weggefallen ist, so hat sie zu Unrecht gutgeschriebene oder ausgezahlte Zulagen zurückzufordern und dies dem Versicherungsunternehmen durch Datensatz mitzuteilen.

Anlage 1 zu § 15 SGB XI

Einzelpunkte der Module 1 bis 6 – Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Ziffer	Kriterien	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

selbstständig:	0 Punkte	überwiegend selbstständig:	1 Punkt
überwiegend unselbstständig:	2 Punkte	unselbstständig:	3 Punkte

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit			
		vorhanden/unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	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

Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Die Fähigkeit ist			
vorhanden/unbeeinträchtigt:	0 Punkte	größtenteils vorhanden:	1 Punkt
in geringem Maße vorhanden:	2 Punkte	nicht vorhanden:	3 Punkte

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Ziffer	Kriterien	nie oder sehr selten	selten	häufig	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

Mit diesem Modul wird die Häufigkeit des Auftretens von bestimmten Verhaltensweisen bzw. von psychischen Problemlagen erfasst und in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

nie oder sehr selten:	0 Punkte
selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen):	1 Punkt
häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich):	3 Punkte
täglich:	5 Punkte

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Ziffer	Kriterien	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/ Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6

4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Das Modul umfasst zwölf Kriterien.

Die Ausprägungen der Kriterien **4.1 bis 4.7, 4.11 und 4.12** werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

selbstständig:	0 Punkte	überwiegend selbstständig:	1 Punkt
überwiegend unselbstständig:	2 Punkte	unselbstständig:	3 Punkte

Die Ausprägungen des Kriteriums **4.8** werden wegen seiner besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

selbstständig:	0 Punkte	überwiegend selbstständig:	3 Punkt
überwiegend unselbstständig:	6 Punkte	unselbstständig:	9 Punkte

Die Ausprägungen der Kriterien **4.9 und 4.10** werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten stärker gewertet:

selbstständig:	0 Punkte	überwiegend selbstständig:	2 Punkt
überwiegend unselbstständig:	4 Punkte	unselbstständig:	6 Punkte

Die Punkte der Kriterien **4.11 und 4.12** gehen in die Berechnungen nur ein, wenn überwiegend inkontinent oder komplett inkontinent angegeben ist oder eine künstliche Ableitung von Stuhl bzw. Harn erfolgt.

Besonderheiten bei Kindern

Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien 4.1 bis 4.12 durch das Kriterium 4.K ersetzt:

4.K	Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme die einen außergewöhnlichen pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen	20 Punkte
-----	--	-----------

Besonderheiten bei Sondenernährung

Bei Sondenernährung ergeben sich die Punkte in Abhängigkeit vom Anteil der Sondenernährung an der Nahrungsaufnahme in den folgenden Kategorien:

nur gelegentlich bzw. nicht täglich Zufuhr von Sondennahrung:	0 Punkte
ein- bis dreimal täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung:	5 Punkte
mindestens viermal täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung:	9 Punkte
ausschließlich oder nahezu ausschließlich Sondennahrung:	12 Punkte

Sind bei der Sondenernährung keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten feststellbar, werden keine Punkte vergeben.

Besonderheiten bei parenteraler Ernährung

Bei parenteraler Ernährung ergeben sich die Punkte in Abhängigkeit vom Anteil der parenteralen Ernährung an der Nahrungsaufnahme:

teilweise:	5 Punkte	vollständig:	12 Punkte
------------	----------	--------------	-----------

Sind bei der parenteralen Ernährung keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten feststellbar, werden keine Punkte vergeben.

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbstständig	Häufigkeit der Hilfe (Anzahl)		
			täglich	wöchentlich	monatlich
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 aller Häufigkeiten der Kriterien 5.1 bis 5.7

	entfällt oder seltener als einmal täglich	ein- bis dreimal täglich	vier- bis achtmal täglich	mehr als achtmal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbstständig	Häufigkeit der Hilfe (Anzahl)		
			täglich	wöchentlich	monatlich
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführungsmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			

Summe aller Häufigkeiten der Kriterien 5.8 bis 5.11

	entfällt oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis mehrmals wöchentlich	ein- bis zweimal täglich	mindestens dreimal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbstständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2
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

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbstständig	täglich	Wöchentliche Häufigkeit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

Erläuterungen zur Modulbewertung im Modul 5

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.K wird zunächst die Häufigkeit ermittelt, mit der die betreffenden Maßnahmen durchgeführt werden (Maßnahmen/Kriterien pro Monat). Berücksichtigt werden nur die Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbstständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der Maßnahmen wird summiert (z.B: dreimal Medikamentengabe und einmal Blutzuckermessen pro Tag entspricht vier Maßnahmen pro Tag oder 120 Maßnahmen monatlich). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert (z.B. pro Tag, pro Woche, pro Monat). Danach gelten in den folgenden Kategorien die nachstehenden Punkte:

für die Kriterien 5.1 bis 5.7:

Durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen :

seltener als einmal täglich:	0 Punkte	ein- bis dreimal täglich:	1 Punkt
vier- bis achtmal täglich:	2 Punkte	mehr als achtmal täglich:	3 Punkte

für die Kriterien 5.8 bis 5.11:

Durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen :

seltener als einmal pro Woche:	0 Punkte	einmal oder mehrmals wöchentlich:	1 Punkt
ein- bis zweimal täglich:	2 Punkte	mindestens dreimal täglich:	3 Punkte

für die Kriterien 5.12 bis 5.15 und 5.K:

Betrachtet wird hier ein Zeitraum von einem Monat. Eine Maßnahme innerhalb dieses Zeitraums wird mit einem Punkt gewertet. Findet eine Maßnahme regelmäßig wöchentlich statt, wird sie entsprechend mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um besonders zeitaufwändige Besuche bei Ärzten oder Einrichtungen oder um zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, werden sie doppelt gewertet (8,6 bzw. 2).

Die Werte der Kriterien 5.12 bis 5.15 – bei Kindern bis 5.K – werden addiert.

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		6

Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Ziffer	Kriterien	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sichbeschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

selbstständig:	0 Punkte	überwiegend selbstständig:	1 Punkt
überwiegend unselbstständig:	2 Punkte	unselbstständig:	3 Punkte

Anlage 2 zu § 15 SGB XI

Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)

Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul

Module	Gewichtung	0 keine	1 geringe	2 erhebliche	3 schwere	4 schwerste	
1 Mobilität	10%	0-1	2-3	4-5	6-9	10-15	Summe der Punkte 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 Punkte im Modul 2
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1-2	3-4	5-6	7-65	Summe der Punkte 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	37-60	Summe der Punkte im Modul 4
		0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
5 Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen	20%	0	1	2-3	4-5	6-15	Summe der Punkte im Modul 5
		0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
6 Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	15%	0	1-3	4-6	7-11	12-18	Summe der Punkte 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							