



Insurance Contract Document Package

Study Secure Premium

1	Kundeninformation - Wichtige Themen rund um deine Versicherung.....	2
2	Private Krankenversicherung	
	Informationsblatt zu Versicherungsprodukten - Vollversicherung	10
3	Private Krankenversicherung	
	Informationsblatt zu Versicherungsprodukten - Pflegepflichtversicherung	12
4	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenvollversicherung	14
5	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung.....	45
6	Tarif ottonova Study Secure Premium Krankheitskostenvollversicherung	154
7	Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten	174
8	Widerrufsbelehrung	176
9	Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung	180
10	Datenschutzhinweise	189
11	Wichtige Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz	192
12	Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht	194
13	Elektronische Lohnsteuerabzugsmerkmale (ELStAM):.....	195
14	Information zu Neuerungen der privaten Pflegepflichtversicherung	199
15	Pflege- / Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung	203



Kundeninformation - Wichtige Themen rund um deine Versicherung

Ausgabe 11/2025

Customer information - Important topics relating to your insurance

Issue 11/2025

Kundeninformation – Wichtige Themen rund um deine Versicherung

In diesem Dokument geben wir dir einen Überblick über die Grundlagen deines Versicherungsvertrages bei der ottonova Krankenversicherung AG (im Folgenden „ottonova“). Wenn du darüber hinausgehende Fragen zu deiner Versicherung hast, beraten wir dich gerne jederzeit per Telefon oder ganz einfach über die ottonova App.

Customer information – Important topics relating to your insurance

This document provides you with an overview of the Premiums of your insurance contract with ottonova Krankenversicherung AG (hereinafter referred to as „ottonova“). If you have any further questions about your insurance, we will be happy to advise you at any time by phone or simply via the ottonova app.



Soweit in diesem Dokument Texte in deutscher und englischer Sprache enthalten sind, weisen wir darauf hin, dass die englischen Texte lediglich eine nicht bindende Übersetzung für eine leichtere Lesbarkeit sind. Die deutschen Texte sind rechtlich bindend.
The German version is legally binding and shall prevail. The English translation is a non-binding version for your information only.

Inhaltsverzeichnis

1	Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers.....	3
2	Vertretungsberechtigte Personen.....	3
3	Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers.....	3
4	Garantiefonds.....	3
5	Vertragsgrundlagen.....	3
6	Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung.....	3
7	Dein Versicherungsbeitrag	4
8	Höhe der einkalkulierten und zusätzlich anfallenden Kosten.....	4
9	Beitragszahlung.....	5
10	Zustandekommen des Vertrages	5
11	Widerrufsrecht.....	5
12	Vertragslaufzeit.....	5
13	Beendigung des Vertrages	6
14	Anwendbares Recht, zuständiges Gericht	6
15	Sprache	6
16	Beschwerdemöglichkeiten	6
17	Beitragsentwicklung im Alter.....	7
18	Zusätzlich Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung	7
19	Wechsel in die gesetzliche Krankenversicherung	7
20	Wechsel zu einer anderen privaten Krankenversicherung	8
21	Beitragsentwicklung in der Vergangenheit.....	8

Table of contents

1	Identity and summonable address of the insurer.....	3
2	Persons authorised to represent the company	3
3	Main business activity of the insurer	3
4	Guarantee fund	3
5	Contractual bases	3
6	Key features of the insurance benefit.....	3
7	Your insurance premium.....	4
8	Amount of the calculated and additional costs incurred.....	4
9	Contribution payment.....	5
10	Conclusion of the contract.....	5
11	Right of cancellation.....	5
12	Contract term	5
13	Termination of the contract	6
14	Applicable law, competent court.....	6
15	Language.....	6
16	Complaints options	6
17	Premium development in old age	7
18	Additional options for limiting premiums.....	7
19	Switch to statutory health insurance.....	7
20	Switch to another private health insurance company	8
21	Premium development in the past	8

1 Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers

ottonova Krankenversicherung AG
Ottoste. 4
80333 München
Eingetragen beim Amtsgericht München - Handelsregister B 227378

2 Vertretungsberechtigte Personen

Gesetzlicher Vertreter der ottonova Krankenversicherung AG ist der Vorstand. Mitglieder des Vorstands sind:
Dr. Bernhard Brühl (Vorsitzender), Christopher Koker und Martin Betzwieser.

3 Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers ottonova Krankenversicherung AG dient dem Betrieb der Kranken- und Pflegeversicherung in allen ihren Ausprägungen einschließlich der damit verbundenen Zusatzversicherungen.

4 Garantiefonds

Es ist äußerst unwahrscheinlich, dass eine private Krankenversicherung in eine finanzielle Notlage gerät. Dennoch hat ottonova auch für diesen Fall Vorsorge getroffen und ist Teil einer Auffanggesellschaft, der Mediator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln. Diese übernimmt im Insolvenzfall alle bestehenden Versicherungsverträge und führt sie weiter.

Die Mediator AG ist ein Sicherungsfonds i.S.d. §§ 124 ff. Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) und ihr Hauptaktionär ist der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

5 Vertragsgrundlagen

Folgende Dokumente sind wesentlicher Bestandteil deines Versicherungsvertrags. Du erhältst sie vor Vertragsschluss und findest sie anschließend in deiner ottonova App.

- In den **Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)** und den **Tarifbestimmungen** werden die Rahmenbedingungen des Versicherungsvertrages beschrieben und die Versicherungsleistungen festgelegt.
- Das **Informationsblatt zu Versicherungsprodukten** informiert dich über die wichtigsten Punkte deines Versicherungsschutzes.
- Der **Antrag** bietet eine vollständige Übersicht deiner Angaben aus dem Antragsprozess und stellt die Grundlage für den Abschluss des Versicherungsvertrages dar.
- Der **Versicherungsschein** dokumentiert Abschluss und Inhalt des Versicherungsvertrages.

6 Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Die **Krankheitskostenvollversicherung** im Tarif Study Secure Premium erfüllt die gesetzliche Pflicht zur Versicherung und kommt im vereinbarten Umfang für Kosten auf, die sich aus Heilbehandlungen bei Krankheit, Unfallfolgen und anderen im Vertrag genannten Ereignissen, wie z.B. Schwangerschaft und Entbindung ergeben.

Die **Pflegepflichtversicherung** bildet die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) 11. Buch (I) ab. Sie greift dann ein, wenn eine entsprechende Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde.

Fälligkeit und Erfüllung

Die Versicherungsleistungen werden fällig, wenn alle notwendigen Unterlagen (z.B. Arztrechnungen) eingereicht und der Versicherungsfall von uns geprüft und festgestellt wurde. Die Erfüllung der Leistung erfolgt üblicherweise durch Überweisung des Geldbetrages.

1 Identity and summonable address of the insurer

ottonova Krankenversicherung AG
Ottoste. 4
80333 München
Registered at Munich Local Court - Commercial Register B 227378

2 Persons authorised to represent the company

The legal representative of ottonova Krankenversicherung AG is the Executive Board. The members of the Executive Board are: Dr Bernhard Brühl (Chairman), Christopher Koker and Martin Betzwieser.

3 Main business activity of the insurer

The main business activity of the insurer ottonova Krankenversicherung AG is the operation of health and long-term care insurance in all its forms, including the associated supplementary insurance policies.

4 Guarantee fund

It is extremely unlikely that a private health insurance company will find itself in financial difficulties. Nevertheless, ottonova has also made provisions for this eventuality and is part of a rescue company, Mediator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Cologne. In the event of insolvency, this company will take over all existing insurance contracts and continue to manage them.

Mediator AG is a guarantee fund within the meaning of §§ 124 ff. Insurance Supervision Act (VAG) and its main shareholder is the Association of Private Health Insurers (Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.).

5 Contractual bases

The following documents are an integral part of your insurance contract. You will receive them before signing the contract and will find them in your ottonova app afterwards.

- The **General Insurance Conditions (AVB)** and the **tariff provisions** describe the framework conditions of the insurance contract and define the insurance benefits.
- The **information sheet on insurance products** informs you about the most important points of your insurance cover.
- The **application** provides a complete overview of your details from the application process and forms the basis for the conclusion of the insurance contract.
- The **insurance policy** documents the conclusion and content of the insurance contract.

6 Key features of the insurance benefit

Comprehensive medical expenses insurance in the Study Secure Premium tariff fulfills the statutory obligation to insure and covers the costs arising from medical treatment for illness, the consequences of accidents and other events specified in the contract, such as pregnancy and childbirth, to the extent agreed.

Compulsory long-term care insurance covers the benefits of statutory long-term care insurance in accordance with Book 11 (I) of the German Social Code (SGB). It comes into effect when a corresponding need for care has been established.

Maturity and fulfilment

The insurance benefits are due when all necessary documents (e.g. medical bills) have been submitted and the insured event has been examined and established by us. The benefit is usually paid by transferring the amount of money.

7 Your insurance premium

7 Dein Versicherungsbeitrag

Dein Versicherungsbeitrag ergibt sich aus den vereinbarten Monatsbeiträgen der einzelnen Tarife.

Die altersabhängigen Monatsbeiträge für den jeweiligen Tarif (sofern gewählt) und den Gesamtbeitrag kannst du jeweils der Tabelle entnehmen*:

Alter	Study Secure Premium	PVN (Jahr 2026)	Gesamtbeitrag
16 – 29	93,94 €	31,92 €	125,86 €
30 – 38	113,05 €	31,92 €	144,97 €

Bei dem PVN-Beitrag handelt es sich um den Beitrag für eine Versicherung gemäß der Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten.

*Mögliche Risikozuschläge nach erfolgter Risikoprüfung sind dem Monatsbeitrag noch hinzuzurechnen.

Deinen Versicherungsbeitrag findest du individualisiert auch in deinem Versicherungsschein.



Sollten bei dir aufgrund von Vorerkrankungen Risikozuschläge vereinbart worden sein, findest du diese im Detail in deinem Versicherungsschein.

8 Höhe der einkalkulierten und zusätzlich anfallenden Kosten

Solange die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat, fallen außer den Monatsbeiträgen im Zusammenhang mit der Versicherung keine weiteren regulären Kosten, Steuern oder Gebühren an.

Welche Kosten sind in deinem Monatsbeitrag enthalten?

In den untenstehenden Tabellen findest du die Kostenanteile, die in die Beiträge einkalkuliert sind. Diese sind notwendig, um unseren Versicherungsbetrieb und unsere Services zu finanzieren.

Dabei sind folgende Kostenarten zu unterscheiden:

Mittelbare Abschlusskosten sind insbesondere Marketingkosten, Kosten der Gesundheitsprüfung und für die Erstellung der Versicherungsscheine.

Sonstige Verwaltungskosten sind insbesondere die Kosten, die wir dazu benötigen, unseren Versicherungsbetrieb zu finanzieren.

Einmalige unmittelbare Abschlusskosten sind insbesondere die Kosten, die für den Abschluss deiner Versicherung anfallen, beispielsweise Provisionszahlungen.

Für den Tarif Study Secure Premium:

Alter	Mittelbare Abschlusskosten	Sonstige Verwaltungskosten	Einmalige unmittelbare Abschlusskosten
16 – 29	2,82 €	7,52 €	563,64 €
30 – 38	3,39 €	9,04 €	678,30 €

Für den Tarif PVN:

Alter	Mittelbare Abschlusskosten	Sonstige Verwaltungskosten	Einmalige unmittelbare Abschlusskosten
16 – 38	0,63 €	0,45 €	63,84 €

our insurance premium is based on the agreed monthly premiums for the individual tariffs.

The age-dependent monthly premiums for the respective tariff (if selected) and the total premium can be found in the table*:

Age	Study Secure Premium	PVN (year 2026)	Total contribution
16 – 29	93,94 €	31,92 €	125,86 €
30 – 38	113,05 €	31,92 €	144,97 €

The PVN contribution is the contribution for insurance in accordance with the supplementary agreement for students, technical and vocational trainees and interns.

*Possible risk surcharges after risk assessment must be added to the monthly premium.

You will also find your individualised insurance premium in your insurance policy.



If risk surcharges have been agreed for you due to pre-existing conditions, you will also find details of these in your insurance policy.

8 Amount of the calculated and additional costs incurred

As long as the insured person has their habitual residence in Germany, no other regular costs, taxes or fees are incurred in connection with the insurance apart from the monthly premiums.

What costs are included in your monthly fee?

In the tables below you will find the cost components that are included in the premiums. These are necessary to finance our insurance operations and services.

A distinction is made between the following cost types:

Indirect acquisition costs are, in particular, marketing costs, costs of the health check and for the preparation of insurance policies.

Other administrative costs are in particular the costs that we need to finance our insurance operations.

One-off direct acquisition costs are in particular the costs incurred for the conclusion of your insurance policy, such as commission payments.

For the Study Secure Premium tariff:

Age	Indirect acquisition costs	Other administrative costs	One-off direct acquisition costs
16 – 29	2,82 €	7,52 €	563,64 €
30 – 38	3,39 €	9,04 €	678,30 €

For the tariff PVN:

Age	Indirect acquisition costs	Other administrative costs	One-off direct acquisition costs
16 – 38	0,63 €	0,45 €	63,84 €

Bei den PVN-Kosten handelt es sich um Kosten für eine Versicherung gemäß der Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten.

 Die Kostenanteile sind schon in deinem Gesamtbeitrag enthalten!

9 Beitragszahlung

Die Zahlung der Monatsbeiträge erfolgt in der Regel per Lastschrift zum Monatsersten. Der erste Beitrag wird zum vereinbarten Datum fällig. Dieses kannst du deinem Versicherungsschein entnehmen.

10 Zustandekommen des Vertrages

Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn

- du den Antragsprozess erfolgreich abgeschlossen hast und
- ottonova das Versicherungsverhältnis mit der Zustellung des Versicherungsscheins bestätigt hat.

Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Datum, sofern du den ersten Monatsbeitrag beglichen hast.

11 Widerrufsrecht

Du kannst deine Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen in Textform widerrufen. Die Frist beginnt, sobald du den Versicherungsschein mit der Widerrufsbelehrung, die Tarifbestimmungen, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten und diese Kundeninformation erhalten hast.

Den Widerruf kannst du uns ohne Angabe von Gründen beispielsweise per E-Mail (support@ottonova.de) oder Brief (ottonova Krankenversicherung AG, Ottostr. 4, 80333 München) zukommen lassen. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass ottonova dir gegebenenfalls empfangene Leistungen und gezogene Nutzungen, wie zum Beispiel Zinsen, erstattet.

Beginnt der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist, erstatten wir dir den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge. Den Teil der Beiträge, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Und zwar für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat, 1/30 des im Versicherungsschein ausgewiesenen Beitrags. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Alle Einzelheiten findest du in der Widerrufsbelehrung. Diese hast du dir bei Vertragsschluss bereits runtergeladen und kannst sie anschließend in deiner ottonova App finden.

12 Vertragslaufzeit

Die Krankheitskostenvollversicherung im Tarif Study Secure Premium endet automatisch mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit (insbes. Vollendung des 39. Lebensjahres oder Wegfall des Ausbildungsstatus des Versicherungsnehmers) sowie spätestens 60 Monate nach Versicherungsbeginn des Versicherungsnehmers.

Die Mindestvertragslaufzeit beträgt 2 Versicherungsjahre.

 Dein erstes Versicherungsjahr beginnt mit Vertragsbeginn und endet am 31.12. des betreffenden Jahres. Danach entspricht das Versicherungsjahr einem Kalenderjahr. Zwei Versicherungsjahre können also eine tatsächliche Dauer von 13 bis 24 Monaten haben.

The PVN costs are costs for insurance in accordance with the supplementary agreement for students, technical and vocational students and interns.

 The cost shares are already included in your total contribution!

9 Contribution payment

As a rule, monthly contributions are paid by direct debit on the first of the month. The first premium is due on the agreed date. You can find this in your insurance certificate.

10 Conclusion of the contract

The insurance contract is concluded when

- you have successfully completed the application process and
- ottonova has confirmed the insurance relationship with the delivery of the insurance policy.

Insurance cover begins on the agreed date, provided you have paid the first monthly premium.

11 Right of cancellation

You can cancel your contractual declaration in text form within 14 days. The period begins as soon as you have received the insurance policy with the cancellation policy, the tariff provisions, the General Terms and Conditions of Insurance, the information sheet on insurance products and this customer information.

You can send us your cancellation without giving reasons, for example by e-mail (support@ottonova.de) or letter (ottonova Krankenversicherung AG, Ottostr. 4, 80333 Munich). Timely dispatch of the cancellation is sufficient to comply with the cancellation period.

If the insurance cover does not begin before the end of the cancellation period, the effective cancellation means that ottonova will reimburse you for any benefits received and any use made of them, such as interest.

If the insurance cover begins before the end of the cancellation period, we will refund the portion of the premiums attributable to the period after receipt of the cancellation. In this case, we may retain the portion of the premiums relating to the period up to receipt of the cancellation. This is 1/30 of the premium shown in the insurance policy for each day on which insurance cover existed. Amounts to be repaid will be refunded immediately, at the latest 30 days after receipt of the cancellation.

You can find all the details in the cancellation policy. You already downloaded these when you concluded the contract and can then find them in your ottonova app.

12 Contract term

Comprehensive medical expenses insurance under the Study Secure Premium tariff ends automatically when the policyholder ceases to be eligible for insurance (in particular when he reaches the age of 39 or ceases to have training status) and no later than 60 months after the policyholder takes out the insurance.

The minimum contract term is 2 insurance years.

 Our first insurance year begins at the start of the contract and ends on 31 December of the year in question. Thereafter, the insurance year corresponds to a calendar year. Two insurance years can therefore have an actual duration of 13 to 24 months.

13 Beendigung des Vertrages

Ordentliche Kündigung: Du kannst diesen Vertrag erstmals zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres mit einer Frist von 3 Monaten kündigen. Anschließend ist die Kündigung jeweils mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf eines Versicherungsjahres möglich.

Außerordentliche Kündigung: Wenn wir die Beiträge erhöhen, die Leistungen durch eine Änderung der Tarif- und Versicherungsbedingungen vermindern müssen oder sich die Beiträge wegen eines Alterssprungs erhöhen, hast du ein Sonderkündigungsrecht und kannst deinen Vertrag bei ottonova außerordentlich kündigen. Wirst du in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, musst du deinen Vertrag bei ottonova kündigen, kannst aber in eine Anwartschaftsversicherung wechseln.

Da es in Deutschland eine Krankenversicherungspflicht gibt, kann deine Kündigung erst wirksam werden, wenn du uns eine Anschlussversicherung nachweisen kannst, die den Anforderungen der Versicherungspflicht genügt.

14 Anwendbares Recht, zuständiges Gericht

Die vorvertragliche Beziehung und das Versicherungsverhältnis unterliegen dem Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Bei Streitigkeiten aus oder in Verbindung mit dem Versicherungsvertrag kannst du bei folgenden Gerichten gegen uns Klage erheben:

- in München als dem Sitz von ottonova
- an deinem Wohnsitz oder am Ort deines gewöhnlichen Aufenthalts in Deutschland

Bei Klagen gegen dich ist das Gericht an deinem Wohnsitz oder am Ort deines gewöhnlichen Aufenthalts in Deutschland zuständig.

Wenn du keinen Wohnsitz in Deutschland hast und dein gewöhnlicher Aufenthalt außerhalb Deutschlands liegt, gilt der Gerichtsstand München als Sitz von ottonova.

15 Sprache

Die Vertragsunterlagen sind in deutscher Sprache verfasst und wir kommunizieren grundsätzlich mit dir in deutscher Sprache.

16 Beschwerdemöglichkeiten

Wenn du mit deiner Versicherung nicht zufrieden bist, dann teile uns das bitte mit. Kontaktiere dazu ganz unkompliziert den Customer Support per Telefon (Tel. Nr. 089/12140712) oder per App. Wir bemühen uns, gemeinsam mit dir eine Lösung zu finden.

Bei Beschwerden oder rechtlichen Fragen kannst du dich auch an den Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung wenden (Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de).

Der Ombudsmann ist als Schlichtungsstelle für die außergerichtliche Beilegung von Streitigkeiten zuständig. Er nimmt sich kostenfrei deines Anliegens an. Er behandelt deine Beschwerde allerdings nicht, wenn diese bereits vor einem Gericht, einer Schiedsstelle oder einer anderen Streitschlichtungseinrichtung verhandelt wird oder schon vor einer solchen Stelle entschieden wurde.

Beschwerden können außerdem an die zuständige Aufsichtsbehörde, die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), gerichtet werden (Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn).

Deine Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, ist in jedem Falle gegeben.

13 Termination of the contract

Ordinary cancellation: You can cancel this contract for the first time at the end of the second insurance year with a notice period of 3 months. Thereafter, cancellation is possible with a notice period of 3 months to the end of each insurance year.

Extraordinary cancellation: If we have to increase the premiums, reduce the benefits due to a change in the tariff and insurance conditions or increase the premiums due to a change in age, you have a special right of cancellation and can terminate your contract with ottonova without notice. If you become subject to compulsory insurance under the statutory health insurance scheme, you must cancel your contract with ottonova, but you can switch to a qualifying insurance policy.

As health insurance is compulsory in Germany, your cancellation can only become effective if you can provide us with proof of follow-up insurance, which meets the requirements of compulsory insurance.

14 Applicable law, competent court

The pre-contractual relationship and the insurance relationship are subject to the law of the Federal Republic of Germany.

In the event of disputes arising from or in connection with the insurance contract, you can take legal action against us in the following courts:

- in Munich as the headquarters of ottonova
- at your place of residence or at the place of your habitual residence in Germany

In the event of legal action against you, the court at your place of residence or habitual abode in Germany has jurisdiction.

If you are not resident in Germany and your usual place of residence is outside Germany, the place of jurisdiction is Munich as the registered office of ottonova.

15 Language

The contract documents are written in German and we will always communicate with you in German.

16 Complaints options

If you are not satisfied with your insurance, please let us know. Simply contact Customer Support by phone (tel. no. 089/12140712) or via the app. We will endeavour to find a solution together with you.

If you have any complaints or legal questions, you can also contact the ombudsman for private health and long-term care insurance (Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de).

The ombudsman is an arbitration board responsible for the out-of-court settlement of disputes. It will deal with your matter free of charge. However, he will not deal with your complaint if it is already being dealt with by a court, arbitration board or other dispute resolution body or has already been decided by such a body.

Complaints can also be addressed to the responsible supervisory authority, the Federal Financial Supervisory Authority (BaFin) (Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn).

You have the option of taking legal action in any case.

17 Beitragsentwicklung im Alter

Für die von dir abgeschlossenen Versicherung im Tarif Study Secure Premium werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. Dieser Tarif endet automatisch insbesondere mit Vollendung des 39. Lebensjahres oder Wegfall des Ausbildungsstatus des Versicherungsnehmers sowie spätestens 60 Monate nach Versicherungsbeginn des Versicherungsnehmers. Soweit Versicherungsfähigkeit besteht, hast du jedoch ein Recht, deine Krankheitskostenvollversicherung in einem anderen von ottonova angebotenen Vollversicherungstarif fortzuführen.

Für unsere Vollversicherungstarife, die keine Ausbildungstarife sind, gilt folgendes:

Um den vorhersehbar höheren Bedarf an Leistungen im Alter abzudecken, bilden wir Alterungsrückstellungen. Trotzdem kann eine Beitragserhöhung notwendig werden, denn der medizinische Fortschritt (z.B. neue Arzneimittel und innovative Behandlungsmethoden) ist automatisch Teil deines Versicherungsschutzes. Um die Belastung für dich möglichst gering zu halten, verwenden wir einen Teil unserer Überschüsse zur Beitragsstabilisierung.

Darüber hinaus wirken im Rentenalter zusätzliche Maßnahmen zur Stabilisierung der Beiträge:

Nach Vollendung deines 65. Lebensjahres werden die bis dahin angesparten Mittel aus dem gesetzlichen Zuschlag zur Abmilderung eventueller Beitragsanpassungen verwendet. Wenn du das 80. Lebensjahr vollendet hast und derartige Mittel noch zur Verfügung stehen, nutzen wir diese direkt zur Senkung deiner Beiträge.

Falls du eine Beitragsentlastungskomponente abgeschlossen hast, reduziert sich dein Gesamtbeitrag mit Erreichen der tariflich festgelegten Altersgrenze (entweder 64 oder 67 Jahre) dauerhaft um den vereinbarten Ermäßigungsbetrag.

Wir legen großen Wert darauf, dass die Beiträge zu deiner Versicherung bei ottonova auch im Alter bezahlbar bleiben.

18 Zusätzlich Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung

Deinen Beitrag im Alter kannst du senken, indem du

- in einen anderen Tarif mit niedrigeren Beiträgen wechselst (Wechsel in den Basistarif oder in einen anderen Tarif gemäß § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)), sofern ein solcher abgeschlossen werden kann. Im bisherigen Tarif angesammelte Rückstellungen, sofern solche gebildet wurden, werden im Falle eines Tarifwechsels in Form eines Abschlags angerechnet.
- sofern möglich eine höhere Selbstbehaltsstufe wählst.
- die Möglichkeit einer Prämienminderung gemäß § 152 Absatz 3 und 4 VAG hast.
- sofern möglich Leistungsausschlüsse vereinbarst.

 Du kannst dich jederzeit von uns dazu beraten lassen, welche dieser Möglichkeiten für dich sinnvoll sind bzw. in Frage kommen.

19 Wechsel in die gesetzliche Krankenversicherung

Der Wechsel zurück in die gesetzliche Krankenversicherung ist zum Beispiel unter folgenden Voraussetzungen möglich, wenn

- du eine angestellte Beschäftigung aufnimmst, die unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze vergütet wird.
- du arbeitslos wirst.

Ab Vollendung des 55. Lebensjahres ist der Wechsel in die gesetzliche Krankenversicherung grundsätzlich ausgeschlossen.

 Näheres dazu kannst du dem Informationsblatt der BaFin entnehmen, das ebenfalls in den Vertragsinformationen enthalten ist.

17 Premium development in old age

No ageing provisions are recognised for the insurance you have taken out under the Study Secure Premium tariff. This tariff ends automatically, in particular when the policyholder reaches the age of 39 or ceases to have training status and no later than 60 months after the policyholder's insurance commencement date. However, if you are eligible for insurance, you have the right to continue your full medical expenses insurance in another full insurance tariff offered by ottonova.

The following applies to our full insurance tariffs, which are not training tariffs:

In order to cover the foreseeably higher need for benefits in old age, we create ageing provisions. Nevertheless, a premium increase may become necessary because medical advances (e.g. new drugs and innovative treatment methods) are automatically part of your insurance cover. To keep the burden on you as low as possible, we use part of our surpluses to stabilise premiums.

Additional measures to stabilise contributions also take effect at retirement age:

Once you reach the age of 65, the funds saved up to that point from the statutory supplement will be used to mitigate any premium adjustments. If you have reached the age of 80 and such funds are still available, we will use them directly to reduce your premiums.

If you have taken out a premium reduction component, your total premium will be permanently reduced by the agreed reduction amount when you reach the age limit specified in the tariff (either 64 or 67).

We attach great importance to ensuring that the premiums for your insurance with ottonova remain affordable in old age.

18 Additional options for limiting premiums

You can reduce your contribution in old age by

- change to another tariff with lower premiums (change to the Premium tariff or to another tariff in accordance with § 204 of the German Insurance Contract Act (VVG)), if such a tariff can be concluded. In the event of a change of tariff, provisions accumulated in the previous tariff, if any, will be credited in the form of a discount.
- choose a higher deductible level if possible.
- have the option of a premium reduction in accordance with § 152 (3) and (4) VAG at.
- agree benefit exclusions where possible.

 You are welcome to contact us at any time for advice on which of these options are suitable for you.

19 Switch to statutory health insurance

Switching back to statutory health insurance is possible under the following conditions, for example, if

- you take up salaried employment that is remunerated below the annual earnings limit.
- you become unemployed.

From the age of 55, it is generally not possible to switch to statutory health insurance.

 You can find more details on this in the BaFin information sheet, which is also included in the contract information.

20 Wechsel zu einer anderen privaten Krankenversicherung

Der Wechsel zu einer anderen privaten Krankenversicherung ist grundsätzlich unter Berücksichtigung der in Punkt 13 beschriebenen Kündigungsvoraussetzungen möglich.

! Bei einem Wechsel können sich deine Beiträge erhöhen. Das kann verschiedene Gründe haben. So wird zum Beispiel eine erneute Gesundheitsprüfung notwendig.

Bitte beachte, dass private Krankenversicherer nicht zur Aufnahme neuer Versicherter verpflichtet sind (Ausnahme ist der Basistarif).

21 Beitragssentwicklung in der Vergangenheit

Bei der von dir abgeschlossenen Krankheitskostenvollversicherung handelt es sich um einen im Jahre 2024 neu eingeführten Tarif von ottonova, daher kam es bisher auch zu keiner Beitragsanpassung. Aus diesem Grund kann ottonova noch keine Beitragssentwicklung für diesen Tarif für die Vergangenheit aufzeigen.

In einem vergleichbaren Tarif gab es seit Einführung Beitragsanpassungen. Der Beitrag einer 35-jährigen neu versicherten Person belief sich in dem vergleichbaren Tarif in den einzelnen Jahren auf folgende Beträge:

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Tarif Business Class 2 A	-	-	-	191,20 €	191,20 €	191,20 €	191,20 €	157,59 €	157,59 €	157,59 €	157,59 €

Im brancheneinheitlichen Tarif PVN gemäß der Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten gab es seit Einführung bei ottonova nachstehende Beitragsanpassungen. Der Beitrag einer 35-jährigen neu versicherten Person belief sich in den einzelnen Jahren auf folgende Beträge:

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Tarif PVN	-	-	-	10,68 €	10,68 €	11,68 €	16,46 €	16,46 €	16,46 €*	25,97 €	25,97 €

In 2022 wird für die Pflegepflichtversicherung zusätzlich ein brancheneinheitlicher Zuschlag in Höhe von 3,40 zur Deckung der Kosten der Corona-Pandemie erhoben. Dieser entfällt zum Jahresende 2022.

20 Switch to another private health insurance company

It is generally possible to switch to another private health insurance company subject to the cancellation conditions described in point 13.

! Your premiums may increase if you switch. There can be various reasons for this. For example, a new health check may be necessary.

Please note that private health insurers are not obliged to accept new policyholders (with the exception of the Premium tariff).

21 Premium development in the past

The comprehensive health insurance you have taken out is a new ottonova tariff introduced in 2024, which is why there has been no premium adjustment to date. For this reason, ottonova is not yet able to show any premium development for this tariff for the past.

There have been premium adjustments in a comparable tariff since its introduction. The premium for a 35-year-old newly insured person in the comparable tariff was as follows in the individual years:

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Business Class 2 A fare	-	-	-	191,20 €	191,20 €	191,20 €	191,20 €	157,59 €	157,59 €	157,59 €	157,59 €

The following premium adjustments have been made to the standardised PVN tariff in accordance with the supplementary agreement for students, technical and vocational trainees and interns since it was introduced at ottonova. The premium for a 35-year-old newly insured person was as follows in the individual years:

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
PVN tariff	-	-	-	10,68 €	10,68 €	11,68 €	16,46 €	16,46 €	16,46 €*	25,97 €	25,97 €

* In 2022, an additional industry-wide surcharge of €3.40 will be levied for compulsory long-term care insurance to cover the costs of the coronavirus pandemic. This will be cancelled at the end of 2022.

Du erhältst in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über die Leistungen und Rahmenbedingungen deiner Versicherung. Bitte beachte, dass diese Übersicht und insbesondere die Aufzählungen nicht abschließend sind. Detaillierte Informationen zur abgeschlossenen Versicherung findest du in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Krankheitskostenvollversicherung (AVB/KKV), den Bestimmungen des Tarifs ottonova Study Secure Premium, dem Antrag und deinem Versicherungsschein. Bitte lies alle Unterlagen durch, damit du umfassend informiert bist.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Bei dem Tarif ottonova Study Secure Premium handelt es sich um eine private Krankheitskostenvollversicherung, die die gesetzliche Pflicht zur Versicherung erfüllt.



Was ist versichert?

- ✓ Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante und stationäre Behandlungen bei Krankheit, Unfallfolgen und anderen im Vertrag genannten Leistungen.
- ✓ Aufwendungen für ärztliche Leistungen, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel, Leistungen einer Hebamme, ambulante Psychotherapie, Schutzimpfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Rehabilitationsmaßnahmen sowie sonstige versicherte Leistungen.
- ✓ Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen, gesondert berechenbare Leistungen eines Beleg- oder Wahlarztes, gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer, Rettungs- und Krankentransporte zum/vom Krankenhaus, Leistungen einer freiberuflichen Hebamme.
- ✓ Aufwendungen für Zahnbehandlung und Prophylaxe, Zahnersatz, funktionsanalytische und -therapeutische Behandlungen, Kieferorthopädie.
- ✓ Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen aus dem „DiGA-Verzeichnis“.

- ✗ Entwöhnungsbehandlung aufgrund von Nikotinsucht. (Bei erstattungsfähigen stationären Entwöhnungsbehandlungen sind stationäre Wahlleistungen nicht versichert.)
- ✗ Stationär durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen.
- ✗ Behandlungen und Verordnungen eines Heilpraktikers.

Weitere Einzelheiten findest du insbesondere in § 5 AVB/KKV sowie in den Bestimmungen des Tarifs ottonova Study Secure Premium.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Es gilt das Primärarztprinzip. Bei Nichtbeachtung des Primärarztprinzips reduziert sich unsere Leistung um 20 %.
- ! Bei Behandlungen in Deutschland sind ärztliche und zahnärztliche Leistungen bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig.
- ! Bei Behandlung in Privatkliniken besteht ein täglicher Eigenanteil von 150 Euro.
- ! Für Zahnbehandlung, Prophylaxe, Zahnersatz, funktionsanalytische und -therapeutische Behandlungen und Kieferorthopädie sind die Leistungen je Versicherungsjahr begrenzt.
- ! Bei ambulanter Psychotherapie sind nach vorheriger Zusage die ersten 25 Sitzungen (inklusive maximal 5 probatorischer Sitzungen) zu 100 % erstattungsfähig, danach zu 50 %.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind.
- ✗ Gesondert berechenbare Unterbringung im Einbettzimmer bei stationärem Aufenthalt.
- ✗ Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung.

- ! Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser und -gestelle, Kontaktlinsen) sind bis zu 100 Euro innerhalb von 24 Monaten erstattungsfähig.
- ! Aufwendungen für ambulante oder stationäre Entwöhnsbehandlung sind innerhalb von 60 Monaten maximal einmal erstattungsfähig.
- ! Für bestimmte Leistungen gelten Höchstsätze gemäß dem Tarif.

Weitere Einzelheiten findest du insbesondere in den Bestimmungen des Tarifs ottonova Study Secure Premium.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert ist die Heilbehandlung in Deutschland und innerhalb des Europäischen Wirtschaftsräumes (EWR).
- ✓ Bei Reisen bis zu einer Dauer von 6 Monaten erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf Heilbehandlung in Ländern außerhalb des EWR, sofern dort nicht eine gezielte Heilbehandlung durchgeführt wird.
- ✓ Kosten der gezielten Heilbehandlung außerhalb des EWR sind nur nach vorheriger Zusage von uns in Textform erstattungsfähig.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Bei Vertragsabschluss ist es wichtig, dass du sämtliche Antragsfragen sorgfältig, vollständig und wahrheitsgemäß beantwortest.
- Wenn du bei uns zu einem Versicherungsfall Rechnungen einreichst, kann es im Einzelfall sein, dass wir zusätzliche Auskünfte benötigen. Du bist verpflichtet, uns alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen oder uns zu ermöglichen, die erforderlichen Informationen selbst einzuholen.
- In Ausnahmefällen kann es für die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang unserer Leistungspflicht notwendig sein, dass du oder die versicherte Person sich bei einem von uns beauftragten Zahnarzt oder Arzt untersuchen lässt.



Wann und wie zahle ich?

- Dein Beitrag wird von uns jeweils zum Ersten eines Monats per Lastschrift eingezogen.
- Verspätete Beitragszahlungen können zu einem Säumniszuschlag und Mahnkosten führen. Unter bestimmten Umständen können

Beitragsrückstände zu einer eingeschränkten Leistungspflicht führen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Sobald wir dir den Versicherungsschein zugestellt haben, ist der Vertrag geschlossen. In deinem Versicherungsschein findest du den genauen Versicherungsbeginn. Versicherungsschutz besteht aber erst dann, wenn der erste Monatsbeitrag beglichen wurde.
- Es gilt eine Wartezeit von 3 Monaten für Aufwendungen für Zahnbehandlung, -ersatz, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen und Kieferorthopädie sowie eine Wartezeit von 8 Monaten für Aufwendungen für Entbindung und ambulanter Psychotherapie.
- Der Versicherungsschutz endet – auch bei nicht abgeschlossenen Heilbehandlungen – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.
- Das Versicherungsverhältnis endet automatisch mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit (insbes. Vollendung des 39. Lebensjahres oder Wegfall des Ausbildungsstatus des Versicherungsnehmers) sowie spätestens 60 Monate nach Versicherungsbeginn des Versicherungsnehmers.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Du kannst den Vertrag erstmals zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres mit einer Frist von 3 Monaten kündigen. Anschließend ist die Kündigung jeweils mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf eines Versicherungsjahres möglich.
- Außerdem kannst du die Versicherung außerordentlich kündigen, z.B. dann, wenn wir die Beiträge erhöhen müssen, die Leistungen durch eine Änderung der Tarif- und Versicherungsbedingungen vermindern müssen oder sich die Beträge wegen eines Alterssprungs erhöhen.
- Wenn du oder die versicherte Person versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung wird, kannst du die Versicherung auch kündigen. Hierbei kannst du binnen 3 Monate nach Eintritt der Versicherungspflicht rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen.

Weitere Details zur Kündigung findest du in § 14 AVB/KKV.

Du erhältst in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über die Leistungen und Rahmenbedingungen deiner Versicherung. Bitte beachte, dass diese Übersicht und insbesondere die Aufzählungen nicht abschließend sind. Detaillierte Informationen zur abgeschlossenen Versicherung findest du in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung bestehend aus dem Bedingungsteil MB/PPV 2025, den Zusatzvereinbarungen, den Tarifbedingungen des Tarifs PVN, dem Antrag und deinem Versicherungsschein. Bitte lies alle Unterlagen durch, damit du umfassend informiert bist.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Bei dem Tarif PVN handelt es sich um eine private Pflegepflichtversicherung im Sinne von § 23 des Sozialgesetzbuchs – Elftes Buch (SGB XI).



Was ist versichert?

- ✓ Tarif PVN bietet Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person pflegebedürftig wird. Pflegebedürftigkeit besteht, wenn die versicherte Person aufgrund von körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit oder ihrer Fähigkeiten auf die Hilfe anderer angewiesen ist. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit der in den MB/PPV 2025 festgelegten Ausprägung bestehen.
- ✓ Pflegegeld bei Pflege durch Angehörige oder Ersatz für notwendige Kosten für professionelle ambulante Pflegedienste, Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflege) oder für Pflege im Pflegeheim (vollstationäre Pflege).
- ✓ Leistungen für Pflegehilfsmittel, stationäre Kurzzeitpflege, Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds, Einmaleinsungen zur Förderung ambulanter Wohngruppen sowie ein monatlicher zusätzlicher Förderungsbetrag.
- ✓ Bei Pflege durch Angehörige erhalten diese als Pflegepersonen zusätzlich Leistungen zur sozialen Sicherung und Kostenerstattung für den Besuch von Pflegekursen und für zweckgebundene Entlastung. Sofern Angehörige (Pflegepersonen) verhindert sind, hast du Anspruch auf Leistungen für Ersatzpflege.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Kosten für Unterkunft und Verpflegung (auch bei vollstationärer Pflege).
- ✗ Besondere Komfortleistungen.
- ✗ Leistungen für Behandlungspflege (diese werden von der Krankheitskostenvollversicherung übernommen).
- ✗ Dauerhafte Pflege im Ausland (Ausnahme: Pflegegeldbezug im Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz).
- ✗ Aufwendungen einer häuslichen Pflegehilfe während der Dauer einer stationären Behandlung im Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung.

Weitere Einzelheiten findest du insbesondere in § 5 und § 5a MB/PPV 2025.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die Höhe des Pflegegeldes bzw. der maximal mögliche Ersatz für die notwendigen Kosten ist jeweils vom Pflegegrad der versicherten Person und der Art der Pflege abhängig. Der Tarif sieht insoweit entsprechende Höchstleistungen vor.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland.
- ✓ Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu insgesamt 6 Wochen im Kalenderjahr werden Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen jedoch weiter erbracht.
- ✓ Der Anspruch auf Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld ruht nicht bei Aufenthalt der versicherten Person in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Bei Vertragsabschluss ist es wichtig, dass du sämtliche Antragsfragen sorgfältig, vollständig und wahrheitsgemäß beantwortest.
- Wenn du bei uns zu einem Versicherungsfall Rechnungen einreichst, kann es im Einzelfall sein, dass wir zusätzliche Auskünfte benötigen. Du bist verpflichtet, uns alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen oder uns zu ermöglichen, die erforderlichen Informationen selbst einzuholen.
- Insbesondere musst du uns immer darüber informieren, wenn bei der versicherten Person Pflegebedürftigkeit eintritt oder wegfällt, oder sich der Grad der Pflegebedürftigkeit ändert. Bei Pflege durch Angehörige (Pflegepersonen) zu Hause müssen wir u. a. wissen, wenn es bei diesen zu personellen Veränderungen kommt. Nur so können wir unsere Leistungen für die Angehörigen (Pflegepersonen) erbringen.
- Der Abschluss einer weiteren privaten Pflegepflichtversicherung bei einem anderen Versicherer ist nicht zulässig. Teile uns bitte unverzüglich in Textform mit, wenn die versicherte Person versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung wird.



Wann und wie zahle ich?

- Dein Beitrag wird von uns jeweils zum Ersten eines Monats per Lastschrift eingezogen.
- Verspätete Beitragszahlungen können zu einem Säumniszuschlag und Mahnkosten führen.

- Bei der Pflegeversicherung handelt es sich um eine gesetzlich vorgeschriebene Versicherung. Gerätst du mit sechs oder mehr Monatsbeiträgen in Verzug, so kann von der zuständigen Verwaltungsbehörde ein Bußgeld verhängt werden.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Sobald wir dir den Versicherungsschein zugestellt haben, ist der Vertrag geschlossen. In deinem Versicherungsschein findest du den genauen Versicherungsbeginn. Versicherungsschutz besteht aber erst dann, wenn der erste Monatsbeitrag beglichen wurde und ggf. anfallende Wartezeiten abgelaufen sind.
- Wenn die versicherte Person aus der sozialen Pflegepflichtversicherung ausgeschieden ist oder von einer anderen privaten Pflegepflichtversicherung zu ottonova wechselt, wird die nachweislich ununterbrochene Versicherungszeit angerechnet.
- Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet – auch bei nicht abgeschlossenen Versicherungsfällen – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Eine separate Kündigung der Pflegepflichtversicherung ist in der Regel nicht zulässig. Die Kündigung ist nur möglich, wenn du insgesamt mit deiner Krankheitskostenvollversicherung zu einem anderen privaten Krankenversicherer wechselst oder versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung - und somit auch in der sozialen Pflegepflichtversicherung - wirst.
- Bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes einer versicherten Person ins Ausland endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass eine besondere Vereinbarung getroffen wird.

Weitere Details zur Kündigung oder Beendigung findest du in § 13 und § 15 MB/PPV 2025.



AVB / KKV

**Allgemeine Versicherungsbedingungen
für die Krankheitskostenvollversicherung**

Ausgabe 12 / 2021

Inhaltsübersicht

§ 1 Gegenstand der Versicherung, Umfang des Versicherungsschutzes und anwendbares Recht	5
(1) Allgemeines	5
(2) Versicherungsfall	5
(3) Umfang des Versicherungsschutzes	5
(4) Anwendbares Recht	5
§ 2 Wartezeiten, Beginn und Ende des Versicherungsschutzes sowie Kindernachversicherung	6
(1) Wartezeiten	6
(2) Beginn des Versicherungsschutzes	6
(3) Ende des Versicherungsschutzes	6
(4) Kindernachversicherung	6
§ 3 Geltungsbereich, gezielte Heilbehandlungen im Ausland sowie Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland	7
(1) Geltungsbereich und Gebührenrahmen	7
(2) Gezielte Heilbehandlungen im Ausland außerhalb des EWR	7
(3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland	8
§ 4 Anerkannte Behandelnde, anerkannte Krankenhäuser, anerkannte Behandlungen und Therapien sowie Auskunftspflichten des Versicherers.....	9
(1) Anerkannte Behandelnde	9
(2) Anerkannte Krankenhäuser	10
(3) Anerkannte Behandlungen und Therapien	10
(4) Heilbehandlungen, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro übersteigen	10
(5) Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen	11
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht.....	11
(1) Subsidiaritätsklausel	11
(2) Übermaßbehandlung	11
(3) Missverhältnis	11
(4) Bereicherungsverbot	11
(5) Stationäre Behandlung in Gemischte Anstalten	11
(6) Behandlung durch Ehegatten, Lebenspartner, Eltern und Kinder	12
(7) Vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten oder Unfälle	12
(8) Unterbringung wegen Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung	12
(9) Kriegs- und Terrorklausel	12
(10) Wehrdienstbeschädigung	12

§ 6 Ausschluss von der Erstattung aus wichtigem Grunde.....	12
(1) Behandelnde	12
(2) Krankenhäuser	13
§ 7 Versicherungsleistung: Zeitliche Zurechnung, Fälligkeit, Auszahlung und Verpfändung/Abtretung	13
(1) Zeitliche Zurechnung der vom Versicherungsschutz umfassten Leistungen.....	13
(2) Fälligkeit der Versicherungsleistung.....	13
(3) Auszahlung der Versicherungsleistung	13
(4) Verpfändung bzw. Abtretung der Versicherungsleistung	14
§ 8 Beitragszahlung.....	14
(1) Berechnung der Beiträge	14
(2) Fälligkeit und Zahlungsweise	14
(3) Folgen eines Beitragsrückstandes.....	14
§ 8a Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.....	15
(1) Berücksichtigte Tarife.....	15
(2) Bezugsberechtigter Personenkreis (Normaltarife):	15
(3) Bezugsberechtigter Personenkreis (Ausbildungstarife):	16
(4) Voraussetzungen des Bezuges der Beitragsrückerstattung	16
(5) Auszahlung der Beitragsrückerstattung	16
§ 9 Beitragsanpassung	17
(1) Jährliche Nachkalkulation und Erfordernis der Beitragsanpassung	17
(2) Mitteilung und Wirksamwerden der Beitragsanpassung	17
(3) Außerordentliches Kündigungsrecht bei Erhöhung der Beiträge.....	17
§ 10 Änderung der Versicherungsbedingungen	18
(1) Dauerhafte Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen	18
(2) Ersetzung einer unwirksamen Klausel	18
(3) Dynamisierung von betragsmäßigen tariflichen Leistungsbegrenzungen	18
(4) Außerordentliches Kündigungsrecht bei Änderung der Versicherungsbedingungen	18
§ 11 Tarifwechsel	18
(1) Wechsel in den Basistarif	18
§ 12 Versicherungsjahr und Mindestvertragsdauer	19
(1) Versicherungsjahr.....	19
(2) Mindestvertragsdauer	19
§ 13 Ende des Versicherungsverhältnisses.....	19
(1) Tod der versicherten Person	19
(2) Tod des Versicherungsnehmers	19
(3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Staat außerhalb des EWR	20
§ 14 Kündigung des Versicherungsverhältnisses.....	20
(1) Verzicht auf ordentliche Kündigung durch den Versicherer	20
(2) Allgemeine Wirksamkeitsvoraussetzungen für eine Kündigung	20
(3) Ordentliche Kündigung durch den Versicherungsnehmer	20
(4) Kündigung durch den Versicherungsnehmer bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)	20
(5) Kündigung durch den Versicherungsnehmer bei Erhöhung der Beiträge oder Minderung der Leistungen	21
(6) Kündigung durch den Versicherungsnehmer bei vertraglich festgelegter Erhöhung der Beiträge	21
(7) Kündigung der Versicherung durch den Versicherungsnehmer für eine andere versicherte Person.....	21

(8) Mitgabe des Übertragungswertes bei Wechsel des Krankenversicherers	22
(9) Fortführung des gekündigten Vertrages als Anwartschaftsversicherung	22
§ 15 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen.....	22
(1) Erteilung von Auskünften	22
(2) Ärztliche Untersuchung.....	22
(3) Schadenminderung	22
(4) Auskunft über anderweitigen Versicherungsschutz	22
(5) Zustimmung zu anderweitigen Versicherungsschutz.....	22
(6) Folge von Obliegenheitsverletzungen.....	23
§ 16 Änderung von Anschrift oder Namen.....	23
§ 17 Obliegenheiten bei Ansprüchen gegen Dritte und Folgen von Obliegenheitsverletzungen	23
(1) Abtretung bei Ansprüchen gegenüber Dritten	23
(2) Pflicht zur Mitwirkung.....	23
(3) Folgen von Obliegenheitsverletzungen.....	23
(4) Anspruch auf Rückzahlung gegen den Leistungserbringer	23
§ 18 Sonstige Bestimmungen.....	24
(1) Erklärungen des Versicherungsnehmers.....	24
(3) Trennung/Ehescheidung	24
§ 19 Gerichtsstand	24
(1) Klagen des Versicherungsnehmers.....	24
(2) Klagen des Versicherers.....	24
(3) Wohnsitzverlegung und unbekannter Wohnsitz	24
§ 20 Verjährung	24
(1) Verjährungsfrist	24
(2) Hemmung der Verjährung	25
Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle	
Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung.....	26
Hinweis auf die Versicherungsaufsicht	26
Hinweis auf den Rechtsweg	26
Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG).....	27
§ 146 Substitutive Krankenversicherung	27
§ 153 Notlagentarif	27
Versicherungsvertragsgesetz (VVG)	28
§ 14 Fälligkeit der Geldleistung.....	28
§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit.....	28
§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen.....	29
§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht	29
§ 195 Versicherungsdauer	29
Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).....	30
§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	30
Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)	30

§ 1 Gegenstand der Versicherung, Umfang des Versicherungsschutzes und anwendbares Recht

(1) Allgemeines

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen. Sofern vereinbart, erbringt er auch damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

(2) Versicherungsfall

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

Als Versicherungsfall gelten auch

- Ambulante Untersuchungen zu Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen, ohne die dort festgelegten Altersbegrenzungen,
- die Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung,
- die Herbeiführung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung),
- die Fehlgeburt und der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch,
- der Tod.

(3) Umfang des Versicherungsschutzes

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus

- dem Versicherungsschein,
- den späteren in Textform festgehaltenen Vereinbarungen,
- den allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenvollversicherung (AVB/KKV) sowie den Tarifbedingungen,
- den gesetzlichen Vorschriften zum Versicherungsrecht und
- den sonstigen gesetzlichen Vorschriften.

(4) Anwendbares Recht

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

§ 2 Wartezeiten, Beginn und Ende des Versicherungsschutzes sowie Kindernachversicherung

(1) Wartezeiten

Der Versicherer verzichtet auf Wartezeiten.

(2) Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer Annahmeerklärung in Textform).

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.

Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(3) Ende des Versicherungsschutzes

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

(4) Kindernachversicherung

- a) Für Neugeborene beginnt der Versicherungsschutz mit der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Erfolgt der Vertragsschluss eines Elternteils vor Beginn der 21. Schwangerschaftswoche und besteht für das Neugeborene kein Anspruch auf Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), kann die Kindernachversicherung gemäß den Bestimmungen des vorangegangenen Satzes auch dann erfolgen, wenn das Elternteil am Tage der Geburt weniger als drei Monate beim Versicherer versichert ist.
- b) Bei einer fristgerechten Anmeldung gemäß Buchstabe a) kann der Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung des Kindes gewählt werden. Dieser darf allerdings nicht höher oder umfassender als der des für die Kindernachversicherung maßgeblichen Elternteils sein. Ebenfalls kann ohne Risikoprüfung eine geringere tarifliche Selbstbeteiligung gewählt werden. Die Vereinbarung von Risikozuschlägen bzw. Leistungseinschränkungen ist in diesen Fällen ausgeschlossen.
- c) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt der Adoption minderjährig ist. Besteht eine höhere Gefahr, ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags höchstens bis zur einfachen Prämienhöhe zulässig. Die Regelungen aus Buchstabe a) Satz 1 und b) Satz 1 bis 3 gelten entsprechend, Leistungseinschränkungen sind in diesen Fällen ebenfalls ausgeschlossen.
- d) Im Rahmen der Kindernachversicherung sind stets auch Geburtsschäden, angeborene Krankheiten und andere angeborene körperliche Beeinträchtigungen (beispielsweise Behinderungen) vom Versicherungsschutz umfasst.

§ 3 Geltungsbereich, gezielte Heilbehandlungen im Ausland sowie Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland

(1) Geltungsbereich und Gebührenrahmen

- a) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Heilbehandlung in Deutschland und die Heilbehandlung innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR)¹.
- b) Bei Reisen bis zu einer Dauer von 6 Monaten erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf Heilbehandlungen in Ländern außerhalb des EWR, sofern dort nicht eine gezielte Heilbehandlung gemäß Abs. 2 durchgeführt wird. Befindet sich die versicherte Person mit Ablauf des sechsten Reisemonats in unvorhergesehener stationärer Behandlung, besteht der Versicherungsschutz solange fort, bis die versicherte Person die Rückreise bzw. den Rücktransport ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. Absatz 3 Buchstabe a) findet insoweit keine Anwendung.
- c) Sofern im jeweiligen Aufenthaltsland eine Taxe zur Berechnung der Kosten der durchgeführten Heilbehandlung existiert, sind Behandlungskosten im Ausland nur dann erstattungsfähig, wenn sie der taxmäßigen Vergütung entsprechen. Existiert keine Taxe, werden die Kosten bis zur ortsüblichen Höhe erstattet.

(2) Gezielte Heilbehandlungen im Ausland außerhalb des EWR

- a) Eine gezielte Heilbehandlung liegt vor, wenn die Heilbehandlung im Ausland der alleinige oder einer der Gründe der Reise ist. Eine gezielte Entbindung im Ausland steht der gezielten Heilbehandlung gleich. Kosten einer gezielten Heilbehandlung außerhalb des EWR sind nur nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig.
- b) Der Versicherer wird die Zusage erteilen, sofern die Heilbehandlung aus medizinischen Gründen weder in Deutschland noch in einem anderen Land des EWR durchgeführt werden kann. In diesem Fall sind die Behandlungskosten im Rahmen der in Abs. 1 c) beschriebenen Höhe erstattungsfähig.
- c) Wird eine gezielte Heilbehandlung ohne die vorherige Zusage des Versicherers durchgeführt, bleibt der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen hätte.
- d) Sofern der Versicherer die Zusage für die Übernahme der Kosten einer gezielten Heilbehandlung außerhalb des EWR gegeben hat, sind bei medizinischer Notwendigkeit auch die Hin- und Rückreisekosten der versicherten Person zur Heilbehandlung ins Ausland erstattungsfähig, sofern der Versicherungsnehmer den Versicherer mit der Organisation der Reise beauftragt. Der Versicherer verpflichtet sich dabei, in Absprache mit dem Versicherungsnehmer eine dem Gesundheitszustand der versicherten Person Rechnung tragende Art der Beförderung zu wählen. Sofern es sich um eine lebensbedrohliche Erkrankung handelt, verpflichtet sich der Versicherer überdies dazu, bei der Organisation der Reise auf Wunsch des Versicherten eine Begleitperson seiner Wahl zu berücksichtigen und die dabei anfallenden zusätzlichen Reisekosten ebenfalls zu übernehmen.

¹ Dies sind (Stand 12/2016) alle Länder, die der europäischen Union (EU) angehören sowie Norwegen, Island und Liechtenstein.

(3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland

- a) Eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland liegt immer dann vor, wenn eine Auslandsreise länger als 6 Monate dauert oder sich die versicherte Person innerhalb eines Kalenderjahres länger als 6 Monate im Ausland aufhält.
- b) Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts **in einen anderen Staat des EWR** bleibt der Versicherer ab dem 7. Monat des Auslandsaufenthalts höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen hätte.

Alternativ kann der Versicherungsnehmer während der ersten 6 Monate des Auslandsaufenthalts die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat des EWR anzeigen und beantragen, dass Behandlungskosten auch ab dem 7. Monat des Auslandsaufenthalts bis zur in Abs. 1 c) festgelegten Höhe erstattet werden.

Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme eines solchen Antrages, sofern der Versicherungsnehmer einer in Textform geschlossenen Vereinbarung zur Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat innerhalb des EWR mit dem Versicherer zustimmt, die u.a. die Zahlung eines Auslandszuschlages enthält. Der Auslandszuschlag beträgt in der Regel 20% des Beitrages, wie er ohne die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland zu bezahlen wäre. Der gesetzliche Zuschlag bleibt hierbei unberücksichtigt. Der Auslandszuschlag ist ab dem 7. Aufenthaltsmonat zu bezahlen, er entfällt bei Rückverlegung des gewöhnlichen Aufenthalts nach Deutschland.

- c) Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts **in einen Staat außerhalb des EWR** endet die Versicherung mit der Anzeige der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts des Versicherungsnehmers beim Versicherer, spätestens jedoch zum Ende des 6. Monats des Auslandsaufenthalts. Der Versicherungsnehmer hat in diesem Fall das Recht, das Versicherungsverhältnis in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

Der Versicherungsnehmer kann während der ersten 6 Monate des Auslandsaufenthaltes auch beantragen, dass das Versicherungsverhältnis über den 6. Monat des Auslandsaufenthaltes hinaus fortgeführt wird, und dass Behandlungskosten ab dem 7. Monat des Auslandsaufenthalts in der in Abs. 1 c) festgelegten Höhe erstattet werden. Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme eines solchen Antrages, sofern

- I. die rechtlichen Bestimmungen des Aufenthaltslandes dies zulassen und der Versicherer aufgrund der Fortführung des Versicherungsverhältnisses keiner besonderen Erlaubnis zum Geschäftsbetrieb im betreffenden Aufenthaltsland bedarf und
- II. der Versicherungsnehmer eine Textform geschlossene Vereinbarung zur Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Staat außerhalb des EWR mit dem Versicherer schließt, die u.a. die Zahlung eines Auslandszuschlages enthält. Der Auslandszuschlag beträgt in der Regel 20% des Beitrages, wie er ohne die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland zu bezahlen wäre. Der gesetzliche Zuschlag bleibt hierbei unberücksichtigt. Der Auslandszuschlag kann auch 20% übersteigen, sofern die Behandlungskosten im Aufenthaltsland durchschnittlich um mehr als 20% höher sind als in Deutschland.

Der Auslandszuschlag ist ab dem 7. Aufenthaltsmonat zu bezahlen, er entfällt bei Rückverlegung des gewöhnlichen Aufenthalts nach Deutschland.

Die Vereinbarung kann überdies eine Befristung vorsehen. Hierin kann geregelt werden, dass der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Frist erneut das Recht hat, einen Antrag auf Fortführung der Versicherung zu stellen, sofern der gewöhnliche Aufenthalt nach

Ende der Befristung noch nicht nach Deutschland zurückverlegt wird. Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme eines solchen Antrages, sofern die vorstehend genannten Bedingungen i. und ii. erfüllt sind.

Sofern eine in Textform geschlossene Vereinbarung über die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in einen anderen Staat getroffen wurde, gilt eine Heilbehandlung in diesem grundsätzlich nicht als gezielte Heilbehandlung gemäß Abs. 2.

- d) Fällt aufgrund der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat eine Versicherungssteuer oder eine andere Abgabe an, so ist der Versicherungsnehmer zur Zahlung der entstehenden Aufwendungen verpflichtet. Richtet sich der Anspruch gegen den Versicherer, wird dieser die Versicherungssteuer oder die andere Abgabe vom Versicherungsnehmer zurückverlangen.

§ 4 Anerkannte Behandelnde, anerkannte Krankenhäuser, anerkannte Behandlungen und Therapien sowie Auskunftspflichten des Versicherers

(1) Anerkannte Behandelnde

- a) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Die versicherte Person kann auch Behandlungen durch Ärzte und Zahnärzte in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) oder in Krankenhaus- und Notfallambulanzen in Anspruch nehmen. Ebenso können in Notfällen Not- bzw. Rettungsärzte sowie ärztliche Akutdienste in Anspruch genommen werden.
- b) Bei ambulanter Psychotherapie können neben ärztlichen Psychotherapeuten auch approbierte psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Anspruch genommen werden, sofern diese in eigener Praxis oder in einem medizinischen Versorgungszentrum gemäß § 95 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) tätig sind. Voraussetzung ist, dass sie über einen entsprechenden Fachkundenachweis verfügen.
- c) Bei Heilmitteln können neben Ärzten auch Ergotherapeuten, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, akademische Sprachtherapeuten, klinische Linguisten, Masseure, medizinische Bademeister, Physiotherapeuten und Podologen bzw. medizinische Fußpfleger in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus können bei Ernährungstherapie Diätassistenten, Oecotrophologen und Ernährungswissenschaftler in Anspruch genommen werden.
- d) Bei Schwangerschaft und Entbindung können Hebammen und Entbindungsberufe in Anspruch genommen werden.
- e) Bei häuslicher Behandlungspflege bzw. häuslicher Grundpflege und bei spezialisierter ambulanter Palliativversorgung können Pflegedienste in Anspruch genommen werden, die einen Versorgungsvertrag mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geschlossen haben. Das gleiche gilt für ambulante Hospizdienste, die von einer gesetzlichen Krankenversicherung gefördert werden. Bei Soziotherapie können Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, die einen Versorgungsvertrag mit der GKV geschlossen haben.
- f) Sofern der Tarif Leistungen für sozialpädiatrische Maßnahmen und Frühförderung vor-

sieht, können sozialpädiatrische Zentren in Anspruch genommen werden, die einen Versorgungsvertrag mit der GKV geschlossen haben.

- g) Sofern der Tarif Leistungen für die Behandlung durch Heilpraktiker vorsieht, können Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

(2) Anerkannte Krankenhäuser

Bei stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter allen Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(3) Anerkannte Behandlungen und Therapien

- a) Es wird im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel geleistet, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Es wird darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel geleistet, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben. In diesem Fall kann der Versicherer jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- b) Sofern schulmedizinische Methoden oder Arzneimittel nicht zur Verfügung stehen, leistet der Versicherer auch für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin nicht überwiegend anerkannt sind.
- c) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 1 genannten Ärzten, Zahnärzten oder Heilpraktikern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke (auch Internet- oder Versandapotheke) oder einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

Abweichend hiervon können Sehhilfen auch ohne ärztliche Verordnung vom Optiker bezogen werden, sofern dieser eine vorherige Refraktionsbestimmung durchgeführt hat.

- d) Für Schutzimpfungen wird nur geleistet, wenn diese von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes (STIKO) empfohlen werden. Hierbei wird auch für die empfohlenen Schutzimpfungen geleistet, die aus Anlass einer Auslandsreise erfolgen. Abweichend von Absatz 1a) können bei Impfungen aus Anlass einer Auslandsreise auch nicht niedergelassene Ärzte in Anspruch genommen werden, sofern sie behördlich zur Durchführung der jeweiligen Impfung zugelassen sind.

Nicht geleistet wird für Schutzimpfungen, bei denen ein gesetzlicher Anspruch gegen den Arbeitgeber besteht.

(4) Heilbehandlungen, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro übersteigen

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

(5) Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen

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

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Subsidiaritätsklausel

Hat die versicherte Person einen Anspruch gegen einen anderen Erstattungsverpflichteten, so geht dieser Anspruch dem Anspruch gegenüber ottonova vor.

(2) Übermaßbehandlung

Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(3) Missverhältnis

Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(4) Bereicherungsverbot

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

(5) Stationäre Behandlung in gemischten Anstalten

- a) Für stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern, die auch Rehabilitationsmaßnahmen, Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen (gemischte Anstalten), werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung in Textform zugesagt hat. Der Versicherer wird die Zusage gemäß den tariflich vereinbarten Leistungen erteilen, sofern die stationäre Behandlung medizinisch notwendig ist. Nach Antritt der Behandlung kann keine Zusage mehr beansprucht werden.
- b) Entgegen der Bestimmung gemäß Buchstabe a) ist keine vorherige Zusage erforderlich, sofern
 - eine akut stationäre Krankenhausbehandlung zum Zwecke eines operativen Eingriffs notwendig wird oder

- es sich um eine Notfallbehandlung handelt oder
- das Krankenhaus das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes des Versicherten ist.

(6) Behandlung durch Ehegatten, Lebenspartner, Eltern und Kinder

Keine Leistungspflicht besteht bei Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

(7) Vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten oder Unfälle

Keine Leistungspflicht besteht bei von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführten Krankheiten oder Unfällen einschließlich deren Folgen.

(8) Unterbringung wegen Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung

Keine Leistungspflicht besteht bei einer durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingten Unterbringung.

(9) Kriegs- und Terrorklausel

- a) Keine Leistungspflicht besteht für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegsereignisse in Deutschland verursacht werden.
- b) Keine Leistungspflicht besteht für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegs- oder Terrorereignisse im Ausland verursacht werden, sofern
 - das Auswärtige Amt vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung für den ausländischen Aufenthaltsort ausgesprochen hat oder
 - das Auswärtige Amt nach Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung für den ausländischen Aufenthaltsort ausspricht und die versicherte Person, ohne durch Gefahr für Leib und Leben daran gehindert zu sein, von der Möglichkeit keinen Gebrauch macht, das Krisengebiet zu verlassen.

(10) Wehrdienstbeschädigung

Keine Leistungspflicht besteht für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind.

§ 6 Ausschluss von der Erstattung aus wichtigem Grunde

(1) Behandelnde

Keine Leistungspflicht besteht für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte oder andere Behandelnde, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer vor Behandlungsbeginn über den Ausschluss des Behandelnden von der Erstattung benachrichtigt worden ist. Erfolgt die Benachrichtigung erst nach Beginn der Behandlung, sind Aufwendungen, die später als drei Monate nach der Benachrichtigung entstehen, nicht mehr erstattungsfähig.

(2) Krankenhäuser

Keine Leistungspflicht besteht für Behandlungen in Krankenhäusern, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer vor Beginn der stationären Behandlung über den Ausschluss des Krankenhauses von der Erstattung benachrichtigt worden ist. Erfolgt die Benachrichtigung erst nach Beginn der stationären Behandlung, sind Aufwendungen, die später als drei Monate nach der Benachrichtigung entstehen, nicht mehr erstattungsfähig.

§ 7 Versicherungsleistung: Zeitliche Zurechnung, Fälligkeit, Auszahlung und Verpfändung/Abtretung

(1) Zeitliche Zurechnung der vom Versicherungsschutz umfassten Leistungen

Die vom Versicherungsschutz umfassten Leistungen werden dem Zeitpunkt zugerechnet, in dem sie erbracht, bezogen oder in Anspruch genommen wurden. Die Zeitpunkte von Rechnungsstellung und Rechnungseinreichung beim Versicherer sind für die zeitliche Zurechnung nicht maßgebend.

(2) Fälligkeit der Versicherungsleistung

Geldleistungen werden mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistungen notwendigen Erhebungen fällig.

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind. Die Nachweise können dem Versicherer sowohl elektronisch übermittelt als auch im Original vorgelegt werden. Die Nachweise werden Eigentum des Versicherers.

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

(3) Auszahlung der Versicherungsleistung

- a) Der Anspruch auf Auszahlung der Versicherungsleistungen steht grundsätzlich dem Versicherungsnehmer zu. Der Versicherungsnehmer kann auch eine versicherte Person in Textform als empfangsberechtigt für ihre Versicherungsleistungen benennen. Der Versicherer ist dann verpflichtet, insoweit ausschließlich an diese zu leisten.
- b) Sind Behandlungskosten im Ausland in einer anderen Währung als Euro entstanden, so werden die jeweiligen Beträge zum Kurs der Europäischen Zentralbank des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
- c) Die Überweisung der Versicherungsleistung erfolgt kostenfrei auf ein vom Versicherungsnehmer benanntes Konto in Deutschland. Die Überweisung der Versicherungsleistung auf ein ausländisches Konto ist nicht möglich. Der Versicherer ist berechtigt, Kosten für die Übersetzung von in ausländischer Sprache eingereichten Nachweisen mit den Versicherungsleistungen zu verrechnen. Letzteres gilt nicht für Nachweise, die in dem Land ausgestellt wurden, in das der Versicherte seinen gewöhnlichen Aufenthalt nach § 3 Abs. 3 verlegt hat, und für das er einen Auslandszuschlag gemäß § 3 Abs. 3 entrichtet.

(4) Verpfändung bzw. Abtretung der Versicherungsleistung

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

§ 8 Beitragszahlung

(1) Berechnung der Beiträge

- a) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Die Höhe der Beiträge richtet sich insbesondere nach dem Tarif und dem bei Versicherungsbeginn erreichten Lebensalter der versicherten Person. Liegt ein erhöhtes Risiko vor, können Risikozuschläge vereinbart werden. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland können zudem Auslandszuschläge (vgl. § 3 Abs. 3) vereinbart werden.
- b) Für Kinder ist vom Beginn des Monats an, der der Vollendung des 15. Lebensjahres folgt, der bis zum 21. Lebensjahr gültige Beitrag für Jugendliche zu entrichten. Entsprechend ist mit der Vollendung des 21. Lebensjahres der Beitrag für Erwachsene zu zahlen.
- c) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, werden der Tarif und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Vereinbarte Risiko- oder Auslandszuschläge werden bei einer Änderung des Beitrages entsprechend angepasst.
- d) Soweit eine Alterungsrückstellung gebildet wird, gilt folgendes: Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen.

(2) Fälligkeit und Zahlungsweise

- a) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Er ist ab Beginn der Versicherung zum Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag wird durch das SEPA-Lastschriftverfahren vom Versicherer von einem inländischen Konto eingezogen. Widerruf der Beitragszahler seine hierfür gegebene Einwilligung, so ist der Beitrag auf das vom Versicherer angegebene inländische Konto zu zahlen.
- b) Ist der Einzug der Beiträge im SEPA-Lastschriftverfahren vereinbart und kommt es zu zwei oder mehr fehlgeschlagenen Einzugsversuchen, kann der Versicherer die Zahlung der ausstehenden und künftigen Beiträge durch Überweisung verlangen. Zu weiteren Einziehungsversuchen ist der Versicherer bis auf Widerruf durch den Versicherungsnehmer berechtigt, aber nicht verpflichtet.
- c) Beginnt die Versicherung nicht am Ersten eines Monats oder endet die Versicherung nicht am Letzten eines Monats, ist der betreffende Monatsbeitrag nur anteilig zu zahlen.
- d) Sofern im Tarif nichts anderes bestimmt ist, beginnt für Neugeborene die Pflicht zur Beitragszahlung erst mit Beginn des vierten Kalendermonats, der auf den Tag der Geburt folgt.

(3) Folgen eines Beitragsrückstandes

- a) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats.
- b) Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.
- c) Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.
- d) Wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Betreibungskosten gezahlt sind, wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war.
- e) Endet das Ruhen der Versicherung gemäß Buchstabe c) oder Buchstabe d) ist die versicherte Person so zu stellen, wie sie vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung.

§ 8a Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

(1) Berücksichtigte Tarife

Der Versicherer legt für jedes Versicherungsjahr die Tarife fest, für die eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt. Jedem berücksichtigten Tarif wird dabei ein zugehöriger Faktor zwischen 1 und 6 zugeordnet. Der Versicherer kann festlegen, dass an die Stelle eines Tarifs eine Kombination aus bestimmten Tarifen tritt. Alle folgenden Regelungen gelten dann entsprechend für die versicherte Kombination aus Tarifen.

(2) Bezugsberechtigter Personenkreis (Normaltarife):

Bei einer Ausschüttung aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist jede erwachsene versicherte Person bezugsberechtigt, für die im vorangegangenen Versicherungsjahr ununterbrochen Versicherungsschutz nach berücksichtigten Tarifen bestand. Dies schließt auch

die Versicherten mit ein, deren vorangegangenes Versicherungsjahr das erste war und nicht dem gesamten Kalenderjahr entsprach. Kein Versicherungsschutz besteht während einer Anwartschafts- oder Ruhenszeit.

(3) Bezugsberechtigter Personenkreis (Ausbildungstarife):

Bei einer Ausschüttung aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist jede erwachsene versicherte Person bezugsberechtigt, für die im vorangegangenen Versicherungsjahr mindestens 1 Monat nach dem berücksichtigten Tarif bestand und alle anderen Monate des Versicherungsjahrs ununterbrochen Versicherungsschutz nach einer anderen substitutiven Krankenversicherung bei ottonova oder eine Anwartschaftsversicherung auf eine substitutive Krankenversicherung bei ottonova bestand. Dies schließt auch die Versicherten mit ein, deren vorangegangenes Versicherungsjahr das erste war und nicht dem gesamten Kalenderjahr entsprach. Kein Versicherungsschutz besteht während einer Anwartschafts- oder Ruhenszeit.

(4) Voraussetzungen des Bezuges der Beitragsrückerstattung

a) Beitragszahlung:

Die für das abgelaufene Versicherungsjahr fälligen Beiträge wurden bis spätestens 15. Januar des Folgejahres entrichtet.

b) Fortbestehen der Versicherung:

Für die versicherte Person bestand vom 01. Januar bis zum 30. Juni des Folgejahres Versicherungsschutz einer substitutiven Krankenversicherung bei ottonova oder einer Anwartschaftsversicherung auf eine substitutive Krankenversicherung bei ottonova fort, es sei denn, die versicherte Person ist innerhalb dieses Zeitraumes verstorben.

c) Berechnung des individuellen Überschussbetrages des Tarifs:

Der individuelle berücksichtigungsfähige Beitrag einer versicherten Person berechnet sich aus der Summe der Beiträge (ohne gesetzlichen Zuschlag), die für das vorangegangene Versicherungsjahr für den Tarif entrichtet wurden dividiert durch 12. Der individuelle Überschussbetrag berechnet sich aus dem individuellen berücksichtigungsfähigen Beitrag multipliziert mit dem für das Kalenderjahr von ottonova festgelegten Faktors des Tarifs abzüglich der Leistungen, die von ottonova für das vorangegangene Kalenderjahr für die versicherte Person aus dem Tarif erbracht wurden. Nicht berücksichtigt werden dabei Leistungen gemäß Ziffer 1040 GOZ (professionelle Zahnreinigung), ärztliche Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen sowie Impfstoffe für versicherte Schutzimpfungen, die nicht aus Anlass einer Auslandsreise durchgeführt werden.

(5) Auszahlung der Beitragsrückerstattung

Eine Ausschüttung von BRE erfolgt nur für Personen, deren individueller Überschussbetrag positiv ist. Die Höhe der BRE entspricht in diesem Fall dem individuellen Überschussbetrag. Die Auszahlung der BRE für ein Versicherungsjahr erfolgt in der zweiten Jahreshälfte des Folgejahres.

§ 9 Beitragsanpassung

(1) Jährliche Nachkalkulation und Erfordernis der Beitragsanpassung

- a) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten.
- b) Ergibt die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen oder die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des mathematischen Treuhänders angepasst. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als nur vorübergehend anzusehen ist.
- c) Ist eine Beitragsanpassung nach den Grundsätzen von Buchstabe b) erforderlich, sind vereinbarte Risiko- oder Auslandszuschläge im Zuge der Beitragsanpassung entsprechend anzupassen. Eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung hingegen kann ebenfalls im Zuge der Beitragsanpassung mit Zustimmung des mathematischen Treuhänders angepasst werden. Überdies wird der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag gemäß § 11 Abs. 1 mit dem kalkulierten Zuschlag verglichen, und, soweit erforderlich, ebenfalls angepasst.

(2) Mitteilung und Wirksamwerden der Beitragsanpassung

Ist eine Beitragsanpassung erforderlich, wird der Versicherer jeden betroffenen Versicherungsnehmer über die Neufestsetzung der Beiträge in Textform informieren. Die Veränderung des Beitrages und die im Zuge der Beitragsanpassung durchgeföhrten weiteren Veränderungen werden frühestens zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung der Beiträge folgt.

(3) Außerordentliches Kündigungsrecht bei Erhöhung der Beiträge

Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß Abs. 1 kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Mitteilung über die Neufestsetzung der Beiträge zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen. Sofern der Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung der Beiträge länger als zwei Monate nach Zugang der Mitteilung über die Neufestsetzung der Beiträge in der Zukunft liegt, verlängert sich die im letzten Satz genannte Kündigungsfrist bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung. Die Kündigung kann bei einer Krankenversicherung, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) dient, jedoch nur wirksam werden, wenn die Voraussetzungen nach § 14 Abs. 2 erfüllt sind.

§ 10 Änderung der Versicherungsbedingungen

(1) Dauerhafte Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen

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

(2) Ersetzung einer unwirksamen Klausel

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

(3) Dynamisierung von betragsmäßigen tariflichen Leistungsbegrenzungen

Der Versicherer prüft in regelmäßigen Abständen, ob im Tarif genannte betragsmäßige Begrenzungen einzelner Leistungen im Hinblick auf den medizinischen Fortschritt und die Preisentwicklung noch angemessen sind. Soweit es zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat, kann die Versicherungsleistung zu Gunsten der Versicherten erhöht werden.

(4) Außerordentliches Kündigungsrecht bei Änderung der Versicherungsbedingungen

Führt eine Änderung der Versicherungsbedingungen nach Abs. 1 dazu, dass die Leistungen des Versicherers vermindert werden, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Mitteilung über die Änderung zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Leistungsminderung wirksam werden soll. Die Kündigung kann bei einer Krankenversicherung, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) dient, jedoch nur wirksam werden, wenn die Voraussetzungen nach § 14 Abs. 2 erfüllt sind.

§ 11 Tarifwechsel

(1) Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages unter Anrechnung der erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung in den Basistarif

mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit (Beitragsbegrenzungen) wechseln. Die Versicherung im Basistarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Basistarif folgt. Der Anspruch auf Wechsel in den Basistarif besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Zur Umlage der Begrenzung der Beitragshöhe im Basistarif wird ein in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegter Zuschlag erhoben, der im Rahmen einer Beitragsanpassung verändert werden kann.

(2) Wechsel in andere Tarife

- a) Der Versicherungsnehmer kann den Wechsel in andere Tarife des Versicherers mit gleichartigem Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit im beantragten Tarif erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet, sofern das bestehende Versicherungsverhältnis nicht befristet ist.
- b) Bei einem Wechsel gemäß Buchstabe a) bleiben die erworbenen Rechte erhalten; die bisher gebildete Alterungsrückstellung wird nach Maßgabe der technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers im neuen Tarif angerechnet. Vereinbarte Auslandszuschläge werden entsprechend angepasst, bisher vereinbarte Risikozuschläge können ebenfalls entsprechend angepasst werden.
- c) Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann der Versicherer bei Vorliegen eines erhöhten Risikos für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbaren oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Der Versicherungsnehmer kann den Risikozuschlag abwenden, indem er stattdessen für die Mehrleistung die Vereinbarung eines Leistungsausschlusses wählt.

§ 12 Versicherungsjahr und Mindestvertragsdauer

(1) Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind dem Kalenderjahr gleich.

(2) Mindestvertragsdauer

Sofern im Tarif nicht anders geregelt, wird das Versicherungsverhältnis auf unbestimmte Zeit geschlossen. Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Versicherungsjahre.

§ 13 Ende des Versicherungsverhältnisses

(1) Tod der versicherten Person

Beim Tod einer versicherten Person endet das Versicherungsverhältnis dieser Person.

(2) Tod des Versicherungsnehmers

Beim Tod des Versicherungsnehmers haben die verbleibenden versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versiche-

rungsnehmer innerhalb zweier Monate nach dem Tod des bisherigen Versicherungsnehmers zu erklären.

(3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Staat außerhalb des EWR

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb des EWR endet die Versicherung gemäß den Bestimmungen von § 3 Abs. 3 c).

§ 14 Kündigung des Versicherungsverhältnisses

(1) Verzicht auf ordentliche Kündigung durch den Versicherer

Der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht des Versicherers bleiben dabei unberührt.

(2) Allgemeine Wirksamkeitsvoraussetzungen für eine Kündigung

- a) Soweit die Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) fortbesteht, kann der Versicherungsnehmer die Versicherung nur dann kündigen, wenn die betreffende versicherte Person nach dem Kündigungszeitpunkt nahtlos nach einer anderweitigen Krankenversicherung fortversichert wird, die der Pflicht zur Versicherung genügt.
- b) Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer die Erfüllung der Bedingung gemäß Buchstabe a) innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist. Liegt der Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, verlängert sich die Nachweisfrist bis zu diesem Termin.
- c) Die Kenntnisnahme durch die betroffene versicherte Person und der Nachweis der Folgeversicherung sind Wirksamkeitsvoraussetzungen für alle Kündigungen durch den Versicherungsnehmer.

(3) Ordentliche Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der Mindestvertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(4) Kündigung durch den Versicherungsnehmer bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

- a) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit eine Krankheitskostenvollversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist allerdings unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis nur zum Ende des Monats kündigen,

in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist.

- b) Der Beitrag steht dem Versicherer bis zum Wirksamwerden der Kündigung zu.
- c) Der Versicherungsnehmer hat das Recht, binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht - rückwirkend zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht- eine Umwandlung der Krankheitskostenvollversicherung in einen Tarif der Krankheitskostenzusatzversicherung für gesetzlich krankenversicherte Personen beim Versicherer zu beantragen. Für die Höhe der Beiträge ist dann das zum Umstellungszeitpunkt erreichte Alter maßgebend. Die bis dahin erworbenen Rechte bleiben erhalten. Die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Alterungsrückstellung wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlage zumindest insoweit angerechnet, als der Beitrag für die Krankheitskostenzusatzversicherung nicht geringer ist als der Beitrag, den ein Neukunde mit dem Erwachsenenalter zu bezahlen hätte, zu dem der Versicherte ursprünglich die Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen hatte.
- d) Soweit der Leistungsumfang der Zusatzversicherung - auch in Teilbereichen - nicht höher oder umfassender als der bestehende Krankheitskostenvollversicherungsschutz ist, wird die in Buchstaben c) genannte Umwandlung ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten vorgenommen.
- e) Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.

(5) Kündigung durch den Versicherungsnehmer bei Erhöhung der Beiträge oder Minde- rung der Leistungen

Erhöhen sich die Beiträge im Zuge einer Beitragsanpassung oder vermindern sich die Leistungen aufgrund einer Bedingungsänderung, gelten die außerordentlichen Kündigungsrechte des Versicherungsnehmers gemäß § 9 Abs. 3 bzw. § 10 Abs. 4.

(6) Kündigung durch den Versicherungsnehmer bei vertraglich festgelegter Erhöhung der Beiträge

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 ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(7) Kündigung der Versicherung durch den Versicherungsnehmer für eine andere ver- scherte Person

Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für eine andere versicherte Person, ist die Kündigung nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.

Die versicherte Person hat in diesem Fall das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Letzterer muss innerhalb von zwei Monaten die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses bestätigen.

(8) Mitgabe des Übertragungswertes bei Wechsel des Krankenversicherers

- a) Bei Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG, siehe Anhang) bei einem anderen privaten Krankenversicherer wird der Übertragungswert der versicherten Person nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) an den neuen Versicherer weitergegeben.
- b) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurück behalten.

(9) Fortführung des gekündigten Vertrages als Anwartschaftsversicherung

Versicherungsnehmer und versicherte Person haben das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

§ 15 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Erteilung von Auskünften

Versicherungsnehmer und versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls bzw. des Umfangs der Leistungspflicht des Versicherers erforderlich ist.

(2) Ärztliche Untersuchung

Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, sofern der Versicherer dies zur Feststellung des Versicherungsfalls bzw. des Umfangs der Leistungspflicht als erforderlich erachtet. Die Kosten für die ärztliche Untersuchung trägt der Versicherer.

(3) Schadenminderung

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

(4) Auskunft über anderweitigen Versicherungsschutz

Macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer hiervon unverzüglich zu unterrichten. Das gleiche gilt, wenn die versicherte Person beihilfeberechtigt oder versicherungspflichtig in der GKV wird oder einen Anspruch auf freie Heilfürsorge erlangt.

(5) Zustimmung zu anderweitigen Versicherungsschutz

Eine weitere Krankheitskostenversicherung oder eine Krankenhaustagegeldversicherung darf bei einem anderen privaten Krankenversicherer nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden. Keine Zustimmung ist erforderlich, sofern eine Krankenhaustagegeldversicherung abgeschlossen wird, die ausschließlich für unfallbedingte Krankenhausauenthalte leistet.

(6) Folge von Obliegenheitsverletzungen

Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Abs. 1 bis Abs. 5 wird der Versicherer mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Wird eine der in Abs. 4 und 5 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

§ 16 Änderung von Anschrift oder Namen

Änderungen seiner Anschrift oder seines Namens hat der Versicherungsnehmer unverzüglich mitzuteilen. Tut er das nicht, gelten Erklärungen, die der Versicherer mit eingeschriebenem Brief an die letzte ihm bekannte Anschrift sendet, drei Tage nach Absendung als zugegangen.

§ 17 Obliegenheiten bei Ansprüchen gegen Dritte und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Abtretung bei Ansprüchen gegenüber Dritten

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

(2) Pflicht zur Mitwirkung

Versicherungsnehmer und versicherte Person haben einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und den Versicherer bei dessen Durchsetzung soweit erforderlich zu unterstützen.

(3) Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Abs. 1 bzw. Abs. 2 wird der Versicherer mit den in § 86 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, soweit er infolge der Obliegenheitsverletzung keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann.

(4) Anspruch auf Rückzahlung gegen den Leistungserbringer

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

§ 18 Sonstige Bestimmungen

(1) Erklärungen des Versicherungsnehmers

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

(2) Aufrechnung durch den Versicherungsnehmer

Gegen Forderungen des Versicherers ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

(3) Trennung/Ehescheidung

Ein getrennt lebender Ehegatte oder rechtskräftig Geschiedener hat das Recht seinen Vertragsteil unter Anrechnung seiner erworbenen Alterungsrückstellungen als selbstständige Versicherung fortzusetzen. Entsprechendes gilt bei getrennt lebenden eingetragenen Lebenspartnern oder bei Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft.

§ 19 Gerichtsstand

(1) Klagen des Versicherungsnehmers

Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers in Deutschland erhoben werden.

(2) Klagen des Versicherers

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes ausschließlich zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat.

(3) Wohnsitzverlegung und unbekannter Wohnsitz

Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt an einen Ort außerhalb Deutschlands oder ist der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, können Klagen aus dem Versicherungsvertrag nur am Gericht des Sitzes des Versicherers erhoben werden.

§ 20 Verjährung

(1) Verjährungsfrist

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach drei Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt – ungeachtet der Fälligkeit der Versicherungsleistung nach § 14 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) - mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Versicherungsnehmer von den anspruchsbegründenden Umständen Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit Kenntnis erlangt haben müsste.

(2) Hemmung der Verjährung

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

Hinweise

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 06 02 22
10052 Berlin

Internet: www.pkv-ombudsmann.de

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

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



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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bafin.de



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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang

Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 146 Substitutive Krankenversicherung

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

1. die Prämien auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstafeln und anderen einschlägigen statistischen Daten zu berechnen sind, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit, zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos und zur Stornowahrscheinlichkeit sowie unter Berücksichtigung von Sicherheits- und sonstigen Zuschlägen sowie eines Rechnungszinses,
2. die Alterungsrückstellung nach § 341f des Handelsgesetzbuchs zu bilden ist,
3. in dem Versicherungsvertrag das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsunternehmens ausgeschlossen sein muss, in der Krankentagegeldversicherung spätestens ab dem vierten Versicherungsjahr, sowie eine Erhöhung der Prämien vorbehalten sein muss,
4. dem Versicherungsnehmer in dem Versicherungsvertrag das Recht auf Vertragsänderungen durch Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung einzuräumen ist,
5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge und
6. dem Interessenten vor Abschluss des Vertrags ein amtliches Informationsblatt der Bundesanstalt auszuhändigen ist, welches über die verschiedenen Prinzipien der gesetzlichen sowie der privaten Krankenversicherung aufklärt; der Empfang des Informationsblattes ist von dem Interessenten zu bestätigen.

§ 153 Notlagentarif

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

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

Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklä-

rungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

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

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

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

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

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

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

§ 195 Versicherungsdauer

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

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

(1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregerister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).

(1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden; die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort. Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung.

Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

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.



Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (AVB PPV)

Stand 1. Juli 2025

Inhaltsübersicht

I. Bedingungsteil – (MB/PPV 2025).....	8
Der Versicherungsschutz.....	8
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	8
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes	11
§ 3 Wartezeit	12
§ 4 Umfang der Leistungspflicht.....	12
A. Leistungen bei häuslicher Pflege.....	12
B. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)	15
C. Kurzzeitpflege.....	16
D. Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen.....	16
E. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen.....	17
F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung	17
G. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	18
H. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag	18
I. Pflegeberatung.....	19
J. Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen	20
K. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen	20
L. Pflegerische Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen durch die Pflegeperson	21
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht.....	21
§ 5a Leistungsausschluss.....	23
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung	23
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes	25
Pflichten des Versicherungsnehmers.....	25
§ 8 Beitragszahlung	25
§ 8a Beitragsberechnung	27
§ 8b Beitragsänderungen	28
§ 9 Obliegenheiten	28
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen.....	29

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte.....	29
§ 12 Aufrechnung.....	29
Ende der Versicherung.....	30
§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer.....	30
§ 14 Kündigung durch den Versicherer.....	31
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe.....	31
Sonstige Bestimmungen.....	32
§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen.....	32
§ 17 Gerichtsstand.....	32
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.....	32
§ 19 Beitragsrückerstattung.....	32
II. Zusatzvereinbarungen	33
Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge.....	33
gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang)	33
mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG (siehe Anhang)	34
mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang).....	34
III. Tarifbedingungen.....	35
Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB	35
Leistungen der Versicherer	35
Tarifstufe PVN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe	35
Tarifstufe PVB für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Pflegebedürftigkeit	35
1. Häusliche Pflege	35
2. Pflegegeld	36
3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)	36
4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen.....	37
5. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege).....	37
6. Kurzzeitpflege	38
7. Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen.....	38
8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen	40
9. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung.....	40
10. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen.....	41
11. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag.....	41
12. Zahlung bei Verzögerung der Leistungsmittelteilung.....	41
13. Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen	41
14. Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen	41
15. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen	42
16. Pflegerische Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen durch die Pflegeperson	42

IV. Regelungen zur Überleitung in die Pflegegrade und zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ab 1. Januar 2017 (Überleitungsregelungen) und sonstige Übergangsregelungen	43
§ 1 Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade	43
§ 2 Besitzstandsschutz	43
§ 3 Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege	43
§ 4 Besitzstandsschutz bei Leistungen der sozialen Sicherung.....	44
§ 5 Begutachtungsverfahren.....	44
§ 6 Verlängerung des Anspruchs für noch nicht abgerufene Mittel nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2017	44
§ 7 Übergangsregelung für Leistungsbezieher nach dem Soldatenversorgungsgesetz	44
§ 8 Übergangsregelung zum Gemeinsamen Jahresbetrag im Jahr 2025.....	45
Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle	
Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung	45
Anhang	46
Verordnung über Beihilfe in Krankheits-, Pflege und Geburtsfällen (BBhV)	46
§ 46 Bemessung der Beihilfe	46
Entwicklungshelfer-Gesetz (EhfG)	46
§ 1 Entwicklungshelfer	46
Gesetz über die Familienpflegezeit (Familienpflegezeitgesetz - FPfZG)	47
§ 2 Familienpflegezeit	47
Verordnung betreffend die Aufsicht über die Geschäftstätigkeit in der privaten Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsverordnung - KVAV)	47
§ 14 Übertragungswert	47
Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989).....	47
§ 2 Pflichtversicherte	47
§ 9 Betriebshilfe	48
§ 48a Tragung der Beiträge bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld.....	48
§ 49 Zahlung der Beiträge	49
Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG).....	49
§ 1 Form und Voraussetzungen	49
Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG)	49
Artikel 41 Übergangsregelungen für Fristen bei Wahlrechten der Versicherten	49
Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz – PflegeZG)	50
§ 2 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung	50
§ 3 Pflegezeit und sonstige Freistellungen	50
§ 7 Begriffsbestimmungen.....	51
Sozialgesetzbuch (SGB), Drittes Buch (III)	
- Arbeitsförderung -	52
§ 26 Sonstige Versicherungspflichtige.....	52
§ 345 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherungspflichtiger	54

§ 347 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten	55
§ 349 Beitragszahlung für sonstige Versicherungspflichtige	57
Sozialgesetzbuch (SGB), Viertes Buch (IV)	
– Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung –	57
§ 8 Geringfügige Beschäftigung und geringfügige selbständige Tätig; Geringfügigkeitsgrenze.....	57
§ 8a Geringfügige Beschäftigung in Privathaushalten.....	58
§ 18 Bezugsgröße.....	58
Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch (V)	
– Gesetzliche Krankenversicherung –	58
§ 23 Medizinische Vorsorgeleistungen	58
§ 33 Hilfsmittel	58
§ 37 Häusliche Krankenpflege	58
§ 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.....	60
§ 45 Krankengeld bei Erkrankung des Kindes.....	61
§ 107 Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.....	62
§ 176 Bestandschutzregelung für Solidargemeinschaften	62
§ 232b Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld	63
§ 249c Tragung der Beiträge bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld.....	63
§ 252 Beitragszahlung	64
§ 290 Krankenversichertenummer	65
§ 365 Vereinbarung über technische Verfahren zur Videosprechstunde in der vertragsärztlichen Versorgung	66
§ 404 Standardtarif für Personen ohne Versicherungsschutz.....	66
Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI)	
– Gesetzliche Rentenversicherung –	67
§ 3 Sonstige Versicherte	67
§ 15 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.....	68
§ 137 Besonderheit bei der Durchführung der Versicherung und bei den Leistungen.....	68
§ 166 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter	69
§ 166 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter (in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung)	71
§ 170 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten	72
§ 173 Grundsatz	74
§ 176 Beitragszahlung und Abrechnung bei Bezug von Sozialleistungen, bei Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen.....	74
§ 191 Meldepflichten bei sonstigen versicherungspflichtigen Personen.....	74
Sozialgesetzbuch (SGB), Siebtes Buch (VII)	
– Gesetzliche Unfallversicherung –	75
§ 45 Voraussetzungen für das Verletztengeld.....	75
Sozialgesetzbuch (SGB), Neuntes Buch (IX)	
– Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen –	75
§ 2 Begriffsbestimmungen	75

Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI)	
– Soziale Pflegeversicherung –	75
§ 13 Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen.....	75
§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument	76
Anlage 1 (zu § 15 SGB XI)	
Einzelpunkte der Module 1 bis 6;	
Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul.....	78
Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität	78
Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten.....	78
Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen.....	79
Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung	80
Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12.....	80
Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13.....	81
Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.K	82
Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen.....	82
Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7	82
Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11	83
Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K	84
Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16.....	86
Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	86
Anlage 2.....	87
(zu § 15) Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte) Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeit im Modul.....	87
§ 20 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung	88
§ 21 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für sonstige Personen.....	90
§ 22 Befreiung von der Versicherungspflicht	90
§ 23 Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen	91
§ 25 Familienversicherung	91
§ 26a Beitrittsrecht.....	93
§ 42a Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson (Stand 01.01.2025)	94
§ 43a Inhalt der Leistung	94
§ 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung	94
§ 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung.....	95
§ 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung	97
§ 71 Pflegeeinrichtungen	97
§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung	98
§ 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen.....	99
§ 78a Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung	99

§ 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen	100
§ 84 Bemessungsgrundsätze	100
§ 85 Pflegesatzverfahren	101
§ 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung	102
§ 90 Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen	102
§ 110 Regelungen für die private Pflegeversicherung	102
§ 142a Übergangsregelung für eine telefonische Begutachtung.....	104
§ 145 Besitzstandsschutz für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen in häuslicher Pflege.....	106
Sozialgesetzbuch (SGB), Zwölftes Buch (XII)	
- Sozialhilfe -	106
§ 63b Leistungskonkurrenz.....	106
Gesetz über die Rechtsstellung der Soldaten (Soldatengesetz - SG).....	106
§ 58b Freiwilliger Wehrdienst als besonderes staatsbürgerliches Engagement.....	106
Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz - VVG).....	106
§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit.....	106
§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie.....	107
§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen.....	107
§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht	108
§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers	109

I. Bedingungsteil – (MB/PPV 2025)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der 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 selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Absatz 6 festgelegten Schwere bestehen.

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

(3) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

1. **Mobilität:** Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
2. **kognitive und kommunikative Fähigkeiten:** Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
3. **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:** motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
4. **Selbstversorgung:** Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettentuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral

oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

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

- a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
- b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
- c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
- d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

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

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

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

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

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

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

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

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

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

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

(8) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen aus der Krankenversicherung vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind

Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in Absatz 3 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

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

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

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

(11) Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder durch einen Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht. Der Versicherungsfall beginnt für Leistungen bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 4 Abs. 14a und 14b) frühestens mit dem in der ärztlichen Bescheinigung nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) angegebenen Zeitpunkt der Arbeitsverhinderung. Für Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson nach § 4 Abs. 14 i.V.m. § 3 Abs. 6 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) beginnt der Versicherungsfall frühestens mit der Freistellung nach § 3 Abs. 6 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang).

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

(13) Entfällt bei versicherten Personen der Tarifstufe PVB der Beihilfeanspruch, werden sie nach Tarifstufe PVN weiterversichert. Stellt der Versicherungsnehmer innerhalb von sechs Monaten seit dem Wegfall des Beihilfeanspruchs einen entsprechenden Antrag, erfolgt die Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne Risikoprüfung und Wartezeiten zum Ersten des Monats, in dem der Beihilfeanspruch entfallen ist. Werden versicherte Personen der Tarifstufe PVN beihilfeberechtigt, wird die Versicherung nach Tarifstufe PVB weitergeführt. Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich den Erwerb eines Beihilfeanspruchs anzugezeigen.

(14) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(15) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland, soweit sich nicht aus § 5 Abs. 1 etwas anderes ergibt.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt für einen Elternteil eine Versicherungsdauer von mindestens drei Monaten erfüllt ist. Die Wartezeit nach § 3 gilt bei Neugeborenen als erfüllt, wenn am Tag der Geburt für einen Elternteil die Wartezeit gemäß § 3 erfüllt ist. Die Anmeldung zur Versicherung soll spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgen.

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

§ 3 Wartezeit

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

(2) Sie beträgt bei erstmaliger Stellung eines Leistungsantrages zwei Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten zehn Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens zwei Jahre bestanden haben muss.

(3) Für versicherte Kinder gilt die Wartezeit als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

(4) Personen, die aus der sozialen Pflegeversicherung ausscheiden oder von einer privaten Pflegepflichtversicherung zu einer anderen wechseln, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

A. Leistungen bei häuslicher Pflege

(1) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 erhalten bei häuslicher Pflege Ersatz von Aufwendungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie für Hilfen bei der Haushaltsführung (häusliche Pflegehilfe) gemäß Nr. 1 des Tarifs PV. Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 1 Abs. 3 genannten Bereichen. Leistungen der häuslichen Pflegehilfe werden auch erbracht, wenn die versicherte Person nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt wird; keine Leistungspflicht besteht jedoch bei häuslicher Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim) oder in einer Einrichtung oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Abs. 4 SGB XI (siehe Anhang) sowie im Krankenhaus. Für versicherte Personen im Sinne des § 145 SGB XI (siehe Anhang) gelten die dort genannten Besitzstandsschutzregelungen.

Häusliche Pflegehilfe umfasst Leistungen, die darauf abzielen, Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der versicherten Person so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere

1. bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von Gefährdungen,
2. bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie

3. durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.

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

Mehrere versicherte Personen können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen.

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

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

(3a) Versicherte Personen in stationären Einrichtungen im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI (siehe Anhang), in denen die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 43a SGB XI – siehe Anhang), haben Anspruch auf Pflegegeld gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden. Dies gilt auch für versicherte Personen in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI (siehe Anhang), die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des Sozialgesetzbuch (SGB) – Neuntes Buch (IX) erhalten.

(4) Versicherte Personen, die Pflegegeld nach Absatz 2 beziehen, sind verpflichtet,

- a) bei Pflegegrad 2 und 3 einmal halbjährlich,
- b) bei Pflegegrad 4 und 5 einmal vierteljährlich

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch einen zugelassenen Pflegedienst, mit dem ein Versorgungsvertrag nach dem SGB XI besteht oder der von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannt worden ist, oder, sofern dies durch einen zugelassenen Pflegedienst vor Ort nicht gewährleistet werden kann, durch eine von dem Träger der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragte, jedoch von ihm nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung kann auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz, Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegefachliche Kompetenz aufweisen sowie durch Pflegeberater der privaten Pflegepflichtversicherung

gemäß Absatz 18 erfolgen. Aufwendungen für die Beratung werden gemäß Nr. 2.2 des Tarifs PV erstattet. Ruft die versicherte Person die Beratung nicht ab, so wird das Pflegegeld angemessen gekürzt und im Wiederholungsfall die Zahlung eingestellt.

Versicherte Personen mit Pflegegrad 1 und versicherte Personen, die häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 beziehen, können halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Die Aufwendungen werden gemäß Nr. 2.2 des Tarifs PV erstattet.

Eine Beratung durch einen Betreuungsdienst nach § 71 Abs. 1a SGB XI (siehe Anhang) ist nicht erstattungsfähig.

Auf Wunsch der versicherten Person erfolgt jede zweite Beratung per Videokonferenz. Bei der Durchführung der Videokonferenz sind die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten. Die erstmalige Beratung nach den Sätzen 1 und 5 hat in der eigenen Häuslichkeit zu erfolgen.

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

(6) Ist eine Pflegeperson, die eine versicherte Person mit mindestens Pflegegrad 2 in ihrer häuslichen Umgebung pflegt, wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, werden Aufwendungen einer notwendigen Ersatzpflege für längstens acht Wochen je Kalenderjahr gemäß Nr. 3 des Tarifs PV erstattet.

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

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

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

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

Für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der versicherten Person,

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

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

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

1. sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere pflegebedürftig sind,
2. sie Leistungen nach den Absätzen 1, 2, 5, 16 oder 17 beziehen; pflegebedürftige Personen in Pflegegrad 1 müssen diese Voraussetzung nicht erfüllen,
3. in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Person durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen, und
4. keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen.

Leistungen nach Absatz 8 können zusätzlich zu diesem Zuschlag nur in Anspruch genommen werden, wenn sich aus den Feststellungen nach § 6 ergibt, dass die Pflege in einer ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist.

B. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)

(8) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei teilstationärer Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist, Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie für sonstige Leistungen gemäß Nr. 5 des Tarifs PV. Allgemeine Pflegeleistungen sind die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung für alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung. Der Anspruch setzt voraus, dass stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) in Anspruch genommen werden. Das sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztagig (vollstationär) oder tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können. Auf-

wendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich besonderer Komfortleistungen, für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen sowie für betriebsnotwendige Investitions- und sonstige Kosten gemäß § 82 Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang) sind nicht erstattungsfähig.

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

C. Kurzzeitpflege

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

Die Leistungen werden

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

erbracht.

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

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

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

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

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

(12) Versicherte Personen in stationärer Pflege haben Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der

Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht, gemäß Nr. 7.4 des Tarifs PV.

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

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

E. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

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

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

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

F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

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

(14a) Für Beschäftigte im Sinne des § 7 Abs. 1 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang), die für kur-

zeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung von ihrem Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 SGB V (siehe Anhang) oder nach § 45 Abs. 4 Sozialgesetzbuch (SGB) – Siebtes Buch (VII) – (siehe Anhang) beanspruchen können und nahe Angehörige nach § 7 Abs. 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) der versicherten Person sind, zahlt der Versicherer einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr nach Nr. 9.2 des Tarifs PV.

(14b) Für landwirtschaftliche Unternehmer im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 und 2 KVLG 1989 (siehe Anhang), die an der Führung des Unternehmens gehindert sind, weil sie für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen (versicherte Person) in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherstellen, zahlt der Versicherer anstelle des Pflegeunterstützungsgeldes bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr Betriebshilfe nach Nr. 9.3 des Tarifs PV.

G. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

(15) Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen können Schulungskurse besuchen. Diese dienen dem Ziel, soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Schulung soll auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person auch in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person stattfinden. Der Umfang der Leistungen des Versicherers ergibt sich aus Nr. 10 des Tarifs PV.

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

(16) Versicherte Personen in häuslicher Pflege haben Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für qualitätsgesicherte und entsprechend zertifizierte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der versicherten Personen bei der Gestaltung des Alltags gemäß Nr. 11 des Tarifs PV.

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

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

I. Pflegeberatung

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

Der Anspruch umfasst insbesondere

- a) die systematische Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung nach § 6 Abs. 2 sowie, wenn die versicherte Person zustimmt, der Beratung nach Absatz 4,
- b) die Erstellung eines individuellen Pflege- und Hilfekonzepts mit den im Einzelfall erforderlichen Versicherungs- und Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen,
- c) das Hinwirken auf die für die Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts erforderlichen Maßnahmen,
- d) die Überwachung der Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts und erforderlichenfalls eine Anpassung an eine veränderte Bedarfslage,
- e) bei besonders komplexen Fallgestaltungen die Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses sowie
- f) die Information über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen.

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

Versicherte Personen haben Anspruch darauf, dass der Versicherer ihnen unmittelbar nach Eingang eines Antrags auf Leistungen aus dieser Versicherung entweder

- a) unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anbietet, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist,
oder
- b) einen Beratungsgutschein ausstellt, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten des Versicherers innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann.

Dabei ist ausdrücklich auf die Möglichkeiten eines individuellen Pflege- und Hilfekonzepts hinzuweisen und über dessen Nutzen aufzuklären.

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

J. Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

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

K. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen

(20) Versicherte Personen haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen. Digitale Pflegeanwendungen sind Anwendungen, die wesentlich auf digitalen Technologien beruhen und von den versicherten Personen oder in der Interaktion von versicherten Personen mit Angehörigen, sonstigen ehrenamtlich Pflegenden oder zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen genutzt werden, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, soweit die Aufwendungen für die Anwendung nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der privaten Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu tragen sind. Digitale Pflegeanwendungen sind auch solche Anwendungen, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende in den in § 1 Absatz 3 genannten Bereichen oder bei der Haushaltsführung unterstützen und die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen stabilisieren. Keine digitalen Pflegeanwendungen sind insbesondere Anwendungen, deren Zweck dem allgemeinen Lebensbedarf oder der allgemeinen Lebensführung dient, sowie Anwendungen zur Arbeitsorganisation von ambulanten Pflegeeinrichtungen, zur Wissensvermittlung, Information oder Kommunikation, zur Beantragung oder Verwaltung von Leistungen oder andere digitale Anwendungen, die ausschließlich auf Auskunft oder Beratung zur Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen oder sonstigen Hilfsangeboten ausgerichtet sind. Sofern digitale Pflegeanwendungen nach den geltenden medizinproduktrechtlichen Vorschriften Medizinprodukte sind, umfasst der Anspruch nur digitale Pflegeanwendungen, die als Medizinprodukte niedriger Risikoklassen zu klassifizieren sind.

Der Versicherer entscheidet auf Antrag über die Notwendigkeit der Versorgung der versicherten Person mit einer digitalen Pflegeanwendung. Die erstmalige Bewilligung ist für höchstens sechs Monate zu befristen. Ergibt die während der Befristung durchzuführende Prüfung, dass die digitale Pflegeanwendung genutzt und die Zwecksetzung der Versorgung mit der digitalen Pflegeanwendung bezogen auf die konkrete Versorgungssituation erreicht wird, ist eine unbefristete Bewilligung zu erteilen.

(21) Versicherte Personen haben bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen, deren Erforderlichkeit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 78a Abs. 5 Satz 6 SGB XI (siehe Anhang) festgestellt hat, durch zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen.

(22) Der Umfang der Leistungen des Versicherers nach Absatz 20 und 21 ergibt sich aus Nr. 15 des Tarifs PV.

L. Pflegerische Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen durch die Pflegeperson

(23) Versicherte Personen haben ab dem 1. Juli 2024 Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung nach § 23 Abs. 4 Satz 1 SGB V (siehe Anhang), nach § 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) oder nach § 15 Abs. 2 SGB VI (siehe Anhang) oder eine vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme von einer Pflegeperson der versicherten Person in Anspruch genommen werden. Leistungen nach dieser Vorschrift werden nur erbracht, wenn kein Anspruch auf Versorgung der versicherten Person nach § 40 Abs. 3a Satz 1 SGB V (siehe Anhang) besteht.

(24) Der Anspruch nach Absatz 23 setzt voraus, dass die pflegerische Versorgung der versicherten Person in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Leistungen zur stationären Vorsorge oder zur medizinischen Rehabilitation sichergestellt ist. Kann die pflegerische Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht sichergestellt werden, kann der Anspruch auch in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung wahrgenommen werden.

(25) Der Umfang der Leistungen des Versicherers nach den Absätzen 23 und 24 ergibt sich aus Nr. 16 des Tarifs PV.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht:

- a) solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr werden Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen jedoch weiter erbracht; der Anspruch auf Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Abs. 5 ruht nicht bei Aufenthalt der versicherten Person in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz. Aufwendungsersatz gemäß § 4 Abs. 1 wird nur geleistet, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflege durchführt, die versicherte Person während des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes begleitet;
- b) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(2) Bei häuslicher Pflege entfällt die Leistungspflicht ferner:

- a) soweit versicherte Personen aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Leistungen nach § 4 Abs. 1 Satz 1 haben. Pflegegeld nach § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Abs. 5 in den ersten vier Wochen der häuslichen Krankenpflege sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen werden jedoch im tariflichen Umfang erbracht; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Abs. 6 Satz 1 Sozialge-

setzbuch (SGB) – Zwölftes Buch (XII) – (siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt;

- b) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen, für die Dauer des stationären Aufenthaltes in einer Einrichtung der Hilfe für die Pflege von Menschen mit Behinderungen gemäß § 4 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2 und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht. Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen werden in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation jedoch weitergezahlt, dies gilt für das Pflegegeld nach § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Abs. 5 auch bei einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang); bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Abs. 6 Satz 1 SGB XII (siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt;
- c) für Aufwendungen aus Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn diese Aufwendungen nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss entstehen. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;
- d) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung sowie digitale Pflegeanwendungen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

(2a) Abweichend von Absatz 2 Buchstabe a) Satz 2 1. Halbsatz ruht der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege einschließlich des Pflegegeldes oder anteiligen Pflegegeldes, solange sich die Pflegeperson in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung befindet und der Pflegebedürftige nach § 4 Abs. 23 Satz 1 oder nach § 40 Abs. 3a Satz 1 SGB V versorgt wird; Absatz 2 Buchstabe b) Satz 2 2. Halbsatz bleibt unberührt und Absatz 2 Buchstabe b) Satz 2 1. Halbsatz bleibt in Bezug auf die soziale Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung von Pflegepersonen unberührt.

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

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

§ 5a Leistungsausschluss

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen nach Deutschland begeben, um in einer privaten Pflegepflichtversicherung, in die sie aufgrund einer nach § 404 SGB V (siehe Anhang) abgeschlossenen privaten Krankenversicherung oder aufgrund einer Versicherung im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang) aufgenommen worden sind, missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvooraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nicht in dem Kalendermonat gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass eine vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.

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

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

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

(2a) Erfolgt die Leistungsmitteilung durch den Versicherer nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrages auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder wird eine der nachstehend in den Absätzen 2b oder 2c genannten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat der Versicherte für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung Anspruch auf eine zusätzliche Zahlung gemäß Nr. 12 des Tarifs PV. Dies gilt nicht, wenn der Versicherer die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich die versicherte Person in vollstationärer Pflege befindet und bei ihr bereits mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt worden sind. Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den der Versicherer nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 so lange unterbrochen, bis die Verzögerung beendet ist; mit Beendigung der Verzögerung läuft die Frist weiter. Die Frist nach Satz 1 beginnt mit der Antragstellung gemäß § 6 Abs. 1. Der Lauf der Frist von 25 Arbeitstagen nach Satz 1 bleibt von einer Entscheidung des Versicherers nach Absatz 2b oder Absatz 2c unberührt. Wird die versicherte Person von dem Versicherer aufgefordert, zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit noch zwingend erforderliche Unterlagen einzureichen, so sind die Fristen nach Satz 1 und Absatz 2b und 2c so lange unterbrochen, bis die geforderten Unterlagen bei dem Versicherer eingegangen sind; mit Eingang der Unterlagen läuft die Frist weiter. Die Unterbrechung beginnt mit dem Tag, an dem die versicherte Person die Aufforderung zur Einreichung der noch fehlenden Unterlagen zugeht.

(2b) Die Begutachtung ist unverzüglich, spätestens am fünften Arbeitstag nach Eingang des Antrags bei dem Versicherer durchzuführen, wenn sich die versicherte Person im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet und

1. Hinweise vorliegen, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
2. die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde oder
3. mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 Familienpflegezeitgesetz (siehe Anhang) vereinbart wurde.

Die verkürzte Begutachtungsfrist nach Satz 1 gilt auch dann, wenn die versicherte Person sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

(2c) Befindet sich die versicherte Person in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 Familienpflegezeitgesetz (siehe Anhang) vereinbart, so ist eine Begutachtung der versicherten Person spätestens innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang des Antrags bei dem Versicherer durchzuführen.

(2d) In den Fällen der Absätze 2b und 2c muss die Feststellung nach Absatz 2 nur beinhaltet, ob Pflegebedürftigkeit nach § 1 Abs. 2 ff. vorliegt und ob mindestens die Voraussetzungen des Pflegegrades 2 erfüllt sind. Die abschließende Begutachtung der versicherten Person ist unverzüglich nachzuholen. Nimmt die versicherte Person unmittelbar im Anschluss an den Aufenthalt in einem Krankenhaus oder im Anschluss an den Aufenthalt in einer stationären Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch, hat die abschließende

Begutachtung spätestens am zehnten Arbeitstag nach Beginn der Kurzzeitpflege in dieser Einrichtung zu erfolgen.

(3) Wenn und soweit im Rahmen der Feststellungen nach Absatz 2 eine Verringerung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten zu erwarten ist, können die Zuordnung zu einem Pflegegrad und die Bewilligung von Leistungen befristet werden und enden dann mit Ablauf der Frist. Die Befristung kann wiederholt werden und schließt Änderungen bei der Zuordnung zu einem Pflegegrad und bewilligter Leistungen nicht aus. Der Befristungszeitraum beträgt insgesamt höchstens drei Jahre.

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

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

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

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragzahlung

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

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

- a) nicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder § 20 Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) versicherungspflichtig sind,
- b) nicht nach § 22 SGB XI (siehe Anhang) von der Versicherungspflicht befreit sind,
- c) keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 SGB XI (siehe Anhang) haben,
- d) nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und
- e) kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (siehe Anhang) überschreitet; bei Abfindungen,

Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; ab dem 1. Oktober 2022 ist für Kinder, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 oder § 8a SGB IV (siehe Anhang) in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 SGB IV (siehe Anhang) ausüben, ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig. Das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, bleibt außer Betracht.

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

- a) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
- b) bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
- c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt auch bei einer Unterbrechung für die Dauer von höchstens zwölf Monaten durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes (siehe Anhang), einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Abs. 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes (siehe Anhang); wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres,
- d) ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) – Neuntes Buch (IX) – (siehe Anhang) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind innerhalb der Altersgrenzen nach Buchstaben a), b) oder c) beitragsfrei versichert war oder die beitragsfreie Versicherung nur wegen einer Pflichtversicherung nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 SGB XI (siehe Anhang) oder § 20 Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) ausgeschlossen war.

Als Kinder im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten auch Stiefkinder und Enkel, die die versicherte Person überwiegend unterhält, sowie Personen, die mit der versicherten Person durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Kinder mit Eltern verbunden sind (Pflegekinder). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht als Kinder der leiblichen Eltern. Die Beitragsfreiheit nach Buchstaben a), b) und c) bleibt bei Personen, die aufgrund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten, für die Dauer des Dienstes bestehen.

(4) Die Beitragsfreiheit nach den Absätzen 2 und 3 besteht auch dann, wenn die Eltern und das Kind bei unterschiedlichen privaten Versicherern versichert sind. Die Beitragsfreiheit für Kinder endet zum Ersten des Monats, in dem sie eine Erwerbstätigkeit aufnehmen.

(5) Für versicherte Personen, die über eine ununterbrochene Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in der privaten Pflegepflichtversicherung oder in der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen verfügen, wird der zu zahlende Beitrag auf den jeweiligen Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung begrenzt; dieser bemisst sich nach dem durch Gesetz festgesetzten bundeseinheitlichen Beitragssatz und der Beitragsbemessungsgrenze gemäß § 55 Abs. 1 und 2 SGB XI (siehe Anhang). Für Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe oder auf freie Heilfürsorge haben, wird der Beitrag unter den Voraussetzungen des Satzes 1 auf 50 Prozent des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt.

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

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

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

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

§ 8a Beitragsberechnung

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

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

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

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

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

§ 8b Beitragsänderungen

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen, aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend werden anhand einer Statistik der Pflegepflichtversicherung jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten verglichen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Veränderung von mehr als fünf Prozent, so werden die Beiträge überprüft und, soweit erforderlich sowie vorbehaltlich der Höchstbeitragsgarantie gemäß § 8 Abs. 5, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst.

Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrundeliegenden gesetzlichen Bestimmungen (vgl. § 1 Abs. 12), ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge im Rahmen der Höchstbeitragsgarantie mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend dem veränderten Bedarf zu erhöhen oder zu verringern. Bei verringertem Bedarf ist der Versicherer zur Anpassung insoweit verpflichtet.

(2) (entfallen)

(3) Anpassungen nach Absatz 1 sowie Änderungen von eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

(4) Sind die monatlichen Beiträge infolge der Höchstbeitragsgarantie gegenüber den nach den technischen Berechnungsgrundlagen notwendigen Beiträgen gekürzt, so können diese Beiträge abweichend von Absatz 1 bei einer Veränderung der Beitragsbemessungsgrenzen oder des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung an den daraus sich ergebenden geänderten Höchstbeitrag angeglichen werden.

(5) Angleichungen gemäß Absatz 4 an den geänderten Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung werden zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des geänderten Höchstbeitrags wirksam, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

§ 9 Obliegenheiten

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

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

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

- (4) Der Versicherungsnehmer hat die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit durch beitragsfrei mitversicherte Kinder unverzüglich in Textform anzuzeigen.
- (5) Der Abschluss einer weiteren privaten Pflegepflichtversicherung bei einem anderen Versicherer ist nicht zulässig. Tritt für eine versicherte Person Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ein, ist der Versicherer unverzüglich in Textform zu unterrichten.
- (6) Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer die Ermittlung und Verwendung der individuellen Krankenversichertennummer gemäß § 290 SGB V (siehe Anhang) zu ermöglichen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Unbeschadet des Kündigungsrechtes gemäß § 14 Abs. 2 ist der Versicherer mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn und solange eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt ist.
- (2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.
- (3) Entstehen dem Versicherer durch eine Verletzung der Pflichten nach § 9 Abs. 3, 4 und 6 zusätzliche Aufwendungen, kann er vom Versicherungsnehmer oder von der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person dafür Ersatz verlangen.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Endet die für eine versicherte Person bestehende Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung, z.B. wegen Eintritts der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nach § 20 oder § 21 SGB XI (siehe Anhang), wegen Beendigung der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen oder wegen Beendigung einer der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) genügenden privaten Krankenversicherung, deren Fortführung bei einem anderen Versicherer oder wegen Wegfall sonstiger die Versicherungspflicht der versicherten Person begründender Voraussetzungen, so kann der Versicherungsnehmer die private Pflegepflichtversicherung dieser Person binnen drei Monaten seit Beendigung der Versicherungspflicht rückwirkend zu deren Ende kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er das Ende der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses zu. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung gleich.

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

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

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

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

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

(6) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn); es endet am 31. Dezember des betreffenden

Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

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

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

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

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

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

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

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

Für versicherte Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland beibehalten, gilt Absatz 1 Satz 2 und 3 entsprechend.

(4) Bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes einer versicherten Person ins Ausland endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Absatz 3 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet. Örtlich zuständig ist das Sozialgericht, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Sitz oder Wohnsitz oder in Ermangelung dessen seinen Aufenthaltsort hat. Steht der Versicherungsnehmer in einem Beschäftigungsverhältnis, kann er auch vor dem für den Beschäftigungsstandort zuständigen Sozialgericht klagen.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

§ 19 Beitragsrückerstattung

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

II. Zusatzvereinbarungen

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

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

In Abweichung von

1. § 3 MB/PPV 2025 entfällt die Wartezeit;
2. § 8 Abs. 3 MB/PPV 2025 besteht Anspruch auf beitragsfreie Mitversicherung von behinderten Menschen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI die Voraussetzungen nach Buchstabe d) nicht erfüllen, diese aber erfüllt hätten, wenn die Pflegeversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung bereits bestanden hätte;
3. § 8 Abs. 5 MB/PPV 2025
 - a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis zum 22. Dezember 2018 geltenden Fassung (siehe Anhang) auf 150 Prozent, bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75 Prozent des jeweiligen Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (siehe Anhang), überschreitet; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entelpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; ab dem 1. Oktober 2022 ist für Ehegatten oder Lebenspartner, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 oder § 8a SGB IV (siehe Anhang) in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 SGB IV (siehe Anhang) ausüben, ein regelmäßiges monatliches Gesamt-einkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig.

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

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

- b) wird ferner die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht;
4. § 8a Abs. 2 MB/PPV 2025 erfolgt keine Erhöhung der Beiträge nach dem Gesundheitszustand des Versicherten.

Die Zusatzvereinbarungen gelten auch für Personen, die sich gemäß Artikel 41 Pflege-Versicherungsgesetz (siehe Anhang) bis zum 30. Juni 1995 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung haben befreien lassen. Sie gelten ferner für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen einschließlich der Mitglieder der Postbeamtenkassen und der Mitglieder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten sowie für Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge, die nicht bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind, sofern zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Pflege-Versicherungsgesetzes Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung besteht.

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

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

In Abweichung von

§ 8 Abs. 5 MB/PPV 2025

- a) wird die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht;
- b) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 Prozent des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn der Beitrag der versicherten Person zur Krankenversicherung wegen Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuch (SGB) – Zweites Buch (II) – oder des SGB XII auf den halben Höchstbeitrag vermindert ist.
- c) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 Prozent des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn allein durch die Zahlung des Höchstbeitrages zur privaten Pflegepflichtversicherung Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder des SGB XII entsteht.

Endet die Versicherung im Basistarif, entfallen diese Zusatzvereinbarungen für die private Pflegepflichtversicherung.

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang)

Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die Mitglied in einer in § 176 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) genannten Solidargemeinschaft sind und in Erfüllung ihrer Versicherungspflicht nach § 23 Abs. 4a SGB XI (siehe Anhang) bei einem privaten Versicherungsunternehmen zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit versichert sind, gilt zur Umsetzung des § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang) Folgendes:

Der zu zahlende Beitrag wird auf 50 Prozent des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung herabgesetzt, solange sich der Beitrag der versicherten Person zur Solidargemeinschaft nach § 176 Abs. 5 SGB V (s. Anhang) vermindert.

III. Tarifbedingungen

Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2025) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung.

Leistungen der Versicherer

Tarifstufe PVN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe

Die Tarifleistungen betragen 100 Prozent der nach den Nummern 1-16 vorgesehenen Beträge.

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

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

Die Tarifleistungen betragen gemäß § 23 Abs. 3 Satz 2 SGB XI (siehe Anhang) i.V.m. § 46 Abs. 2 und 3 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV – siehe Anhang) für

1. Beihilfeberechtigte 50 Prozent,
2. Personen nach Nr. 1 mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern 30 Prozent,
3. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen und für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer, denen nach § 46 Abs. 3 Satz 6 BBhV (siehe Anhang) ein Beihilfebemessungssatz von 70 Prozent zusteht, 30 Prozent,
4. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner und beihilfeberechtigte Witwen und Witwer 30 Prozent,
5. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen 20 Prozent, der in Tarifstufe PVN nach den Nummern 1-16 vorgesehenen Beträge.

Sehen die Beihilfevorschriften eines Landes bei Zahlung eines Zuschusses in Höhe von mindestens 41 Euro aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses zum Krankenversicherungsbeitrag der unter Nr. 1 – 5 genannten Personen eine Absenkung des Beihilfebemessungssatzes vor, so erhöhen sich die Tarifleistungen um den der Absenkung entsprechenden Prozentsatz, höchstens jedoch um 20 Prozentpunkte.

Bei der leihweisen Überlassung von technischen Pflegehilfsmitteln werden diese entweder vom Träger der Beihilfe oder vom Versicherer zur Verfügung gestellt; die dem Versicherungsnehmer insoweit gegen den anderen Kostenträger zustehenden Ansprüche gehen auf den Träger der Beihilfe oder den Versicherer über, der das technische Pflegehilfsmittel bereitgestellt hat.

1. Häusliche Pflege

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat

- a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu 796 Euro,

- b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu 1.497 Euro,
- c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu 1.859 Euro,
- d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu 2.299 Euro

erstattet.

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

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

2. Pflegegeld

2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

- a) 347 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
- b) 599 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
- c) 800 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
- d) 990 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

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

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

2.2 Für die Beratung wird der von den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung oder der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannte Betrag erstattet.

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

3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)

Der Anspruch der versicherten Person auf Leistungen der Ersatzpflege und Kurzzeitpflege beläuft sich auf einen Gesamtleistungsbetrag von insgesamt bis zu 3.539 Euro je Kalenderjahr (Gemeinsamer Jahresbetrag).

Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die diese nicht erwerbsmäßig ausüben und mit der versicherten Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, wird die Erstattung zum einen auf den Betrag des Pflegegeldes für den festgestellten Pflegegrad gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV und zum anderen auf zwei Monate begrenzt. Zusätzlich können auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Ersatzpflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, erstattet werden. Die Erstattungen nach den Sätzen 2 und 3 sind zusammen unter Anrechnung der Leistungen für die Kurzzeitpflege (Nr. 6 des Tarifs PV) auf den Gemeinsamen Jahresbetrag nach Satz 1 begrenzt.

Wird die Ersatzpflege nach Satz 2 erwerbsmäßig ausgeübt, erfolgt die Erstattung bis zur Höhe des in Satz 1 genannten Betrages.

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

4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Der Versicherer erstattet die im Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung aufgeführten Pflegehilfsmittel. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis wird vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. regelmäßig unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts, der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts fortgeschrieben. Im Einzelfall sind Aufwendungen für im Pflegehilfsmittelverzeichnis nicht aufgeführte Pflegehilfsmittel nur dann erstattungsfähig, wenn die Voraussetzungen in § 4 Abs. 7 Satz 1 Halbsatz 2 erfüllt sind und die Pflegehilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Dabei können Pflegehilfsmittel grundsätzlich nur im Hinblick auf solche Betätigungen beansprucht werden, die für die Lebensführung im häuslichen Umfeld erforderlich sind. Von der Erstattung aus der Pflegeversicherung ausgeschlossen sind Pflegehilfsmittel, die nicht alleine oder jedenfalls schwerpunktmäßig der Pflege, sondern vorwiegend dem Behinderungsausgleich dienen.

4.1 Technische Pflegehilfsmittel werden in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Lehnen versicherte Personen die leihweise Überlassung eines technischen Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Aufwendungen für das technische Pflegehilfsmittel in vollem Umfang selbst zu tragen.

Soweit Leihe nicht möglich ist, werden Aufwendungen für technische Pflegehilfsmittel zu 100 Prozent erstattet. Dabei tragen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Selbstbeteiligung von zehn Prozent der Aufwendungen, höchstens jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel; in Härtefällen kann der Versicherer von der Selbstbeteiligung absehen.

4.2 Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu 42 Euro je Kalendermonat erstattet.

4.3 Die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes sind auf 4.180 Euro je Maßnahme begrenzt.

Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung und dient der Zuschuss der Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes, ist der Zuschuss auf den Betrag begrenzt, der sich ergibt, wenn die Kosten der Maßnahme durch die Anzahl der zuschussberechtigten Bewohner geteilt wird. Dabei werden Kosten der Maßnahme von bis zu 16.720 Euro berücksichtigt. Satz 1 gilt entsprechend.

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

5. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)

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

- a) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2 bis zu 721 Euro,
- b) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3 bis zu 1.357 Euro,
- c) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 bis zu 1.685 Euro,

- d) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5 bis zu 2.085 Euro erstattet.

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

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

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

6. Kurzzeitpflege

Der Anspruch der versicherten Person auf Leistungen der Ersatzpflege und Kurzzeitpflege beläuft sich auf einen Gesamtleistungsbetrag von insgesamt bis zu 3.539 Euro je Kalenderjahr (Gemeinsamer Jahresbetrag).

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege pro Kalenderjahr unter Anrechnung der Leistungen für die Ersatzpflege (Nr. 3 des Tarifs PV) höchstens in Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach Satz 1 ersetzt.

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

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

7. Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen

7.1 Bei vollstationären Pflegeeinrichtungen werden im Rahmen der gültigen Pflegesätze pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal

- für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 in Höhe von 805 Euro je Kalendermonat,
- für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 in Höhe von 1.319 Euro je Kalendermonat,
- für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 in Höhe von 1.855 Euro je Kalendermonat,
- für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 in Höhe von 2.096 Euro je Kalendermonat

erstattet. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung werden insoweit übernommen, als der jeweils nach Satz 1 zustehende Leistungsbetrag die pflegebedingten Aufwendungen

einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege übersteigt.

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

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

7.2 Versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 werden bei Pflege in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI (siehe Anhang), in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, die Aufwendungen gemäß Nr. 7.1 Satz 1 mit einem Betrag in Höhe von fünfzehn Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 des SGB IX vereinbarten Vergütung, im Einzelfall höchstens 278 Euro je Kalendermonat, abgegolten. Satz 1 gilt auch für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI (siehe Anhang), die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des SGB IX erhalten. Wird für die Tage, an denen die versicherte Person zu Hause gepflegt und betreut wird, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

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

7.3 Erstattungsfähig gemäß § 4 Abs. 11 Satz 3 ist ein Betrag von 3.085 Euro.

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

7.4 Erstattungsfähig sind die gemäß § 84 Abs. 8 und 9 SGB XI (siehe Anhang) und § 85 Abs. 8 und 9 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Vergütungszuschläge.

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

7.5 Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 werden pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal in Höhe von 131 Euro je Kalendermonat erstattet.

Nr. 5 Satz 4 gilt entsprechend.

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

7.6 Für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5,

- a) die bis einschließlich 12 Monate Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 15 Prozent,
- b) die seit mehr als 12 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 30 Prozent,
- c) die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 50 Prozent,
- d) die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 75 Prozent,

ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen.

Bei der Bemessung der Monate, in denen die versicherte Person Leistungen nach § 4 Abs. 11 bezieht, werden Monate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen nach § 4 Abs. 11

bezogen worden sind, berücksichtigt.

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

8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

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

Die Zahlung der Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit erfolgt nach Maßgabe der §§ 26, 345, 347 und 349 Sozialgesetzbuch (SGB) – Drittes Buch (III) – (siehe Anhang).

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

9. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

9.1 Die Zahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung erfolgt bei Freistellungen nach § 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) nach Maßgabe von § 44a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang); ihrer Höhe nach sind sie begrenzt auf die Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung zu entrichten sind, und dürfen die tatsächliche Höhe dieser Beiträge nicht übersteigen.

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

9.2 Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) richtet sich nach § 45 Abs. 2 Satz 3 bis 5 SGB V (siehe Anhang).

Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 232b, 249c, 252 SGB V (siehe Anhang) bzw. zur Krankenversicherung der Landwirte nach Maßgabe der §§ 48a, 49 KVLG 1989 (siehe Anhang) gezahlt.

Die Zahlung der Zuschüsse zur Krankenversicherung für eine Versicherung bei einer privaten Krankenversicherung, bei der Postbeamtenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten erfolgt während der Dauer des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld nach Maßgabe von § 44a Abs. 4 SGB XI (siehe Anhang). Die Zuschüsse zu den Beiträgen belaufen sich auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung als Arbeitgeberanteil nach § 249c SGB V (siehe Anhang) aufzubringen wäre, und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen.

Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 26, 345, 347, 349 SGB III (siehe Anhang) gezahlt.

Die Beiträge zur Rentenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 3, 137, 166, 173, 176, 191 SGB VI (siehe Anhang) gezahlt.

Für Pflichtmitglieder in einem berufsständischen Versorgungswerk werden die Beiträge nach Maßgabe des § 44a Abs. 4 Satz 5 SGB XI (siehe Anhang) gezahlt.

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

9.3 Landwirtschaftliche Unternehmer erhalten Betriebshilfe entsprechend § 9 KVLG 1989 (siehe Anhang). Diese Kosten werden der landwirtschaftlichen Pflegekasse erstattet. Für privat pflegeversicherte landwirtschaftliche Unternehmer wird stattdessen ein pauschaler Betrag in Höhe von 209 Euro täglich für bis zu zehn Arbeitstage Betriebshilfe gezahlt.

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

10. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

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

11. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag

Zweckgebundene Aufwendungen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung nahestehender Pflegepersonen sowie zur selbstbestimmten Entlastung des Alltags im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

- a) der teilstationären Pflege,
- b) der Kurzzeitpflege,
- c) der Pflegekräfte gemäß § 4 Abs. 1 Satz 7, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung, oder
- d) der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne von § 45a SGB XI (siehe Anhang)

werden bis zu 131 Euro monatlich erstattet. Wird der Betrag nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

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

12. Zahlung bei Verzögerung der Leistungsmittelung

Bei Verzögerung der Leistungsmittelung nach § 6 Abs. 2a beträgt die Zusatzzahlung je begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro.

13. Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen

Der monatliche pauschale Zuschlag für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 4 Abs. 7a beträgt 224 Euro.

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

14. Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen

Der Anspruch des Versicherten beläuft sich auf den Betrag, der sich ergibt, wenn man den Höchstförderbetrag je Wohngruppe von 10.452 Euro durch die Anzahl der förderberechtigten Bewohner teilt, höchstens aber 2.613 Euro.

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

15. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen

Der Anspruch der versicherten Person beträgt für die Leistungen digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen zusammen bis zu insgesamt 53 Euro im Monat des nach § 78a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) und § 89 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Betrages.

Der Anspruch umfasst nur digitale Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 78a Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen worden sind. Entscheiden sich versicherte Personen für eine digitale Pflegeanwendung, deren Funktionen oder Anwendungsbereiche über die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommenen digitalen Pflegeanwendungen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Der Versicherer informiert die versicherten Personen über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten.

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

16. Pflegerische Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen durch die Pflegeperson

Der Anspruch umfasst bei Versorgung der versicherten Person in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder in der vollstationären Pflegeeinrichtung die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Unterkunft und Verpflegung sowie die Übernahme der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen. Der Anspruch besteht bei der Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung in Höhe des durchschnittlichen Gesamtheimentgelts nach § 42b Abs. 5 Satz 2 bis 4 SGB XI (siehe Anhang) und bei der Versorgung in der zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung in Höhe des für diese Pflegeeinrichtung geltenden Gesamtheimentgelts.

Der Anspruch umfasst auch die erforderlichen Fahr- und Gepäcktransportkosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung in der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder vollstationären Pflegeeinrichtung nach § 4 Abs. 23 und 24 entstehen. Erstattungsfähig sind nach vorheriger Antragstellung auch Kosten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist.

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

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

§ 1 Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade

(Regelung ist gegenstandslos geworden.)

§ 2 Besitzstandsschutz

(1) Versicherte Personen sowie Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 Anspruch auf Leistungen haben, erhalten Besitzstandsschutz auf die ihnen unmittelbar vor dem 1. Januar 2017 zustehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen für häusliche Pflegehilfe (§ 4 Abs. 1 Satz 1 MB/PPV 2015), für Pflegegeld (§ 4 Abs. 2 MB/PPV 2015), für Kombinationsleistungen (§ 4 Abs. 5 MB/PPV 2015), für den Wohngruppenzuschlag (§ 4 Abs. 7a MB/PPV 2015), für Verbrauchshilfsmittel (§ 4 Abs. 7 MB/PPV 2015), für teilstationäre Pflege (§ 4 Abs. 8 MB/PPV 2015), bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 4 Abs. 14 MB/PPV 2015) und bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 4 Abs. 16, 16a MB/PPV 2015).

Hinsichtlich eines Anspruchs auf den erhöhten Betrag nach § 4 Abs. 16 i.V.m. Nr. 11.1 des Tarifs PV 2015 richtet sich der Besitzstandsschutz abweichend von Satz 1 nach Absatz 2.

Für versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der vollstationären Pflege (§ 4 Abs. 11 MB/PPV 2015) bezogen haben, richtet sich der Besitzstandsschutz nach § 3.

Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug lassen den Besitzstandsschutz jeweils unberührt.

(2) Versicherte Personen,

1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 i.V.m. Nr. 11.1 des Tarifs PV 2015 haben und
2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach § 4 Abs. 1, 2 und 8 MB/PPV 2025 unter Berücksichtigung des § 1 Abs. 4 und 5 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den § 4 Abs. 1, 2, 8 und 16a MB/PPV 2015 am 31. Dezember 2016 zustanden,

haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2025. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 4 Abs. 16 MB/PPV 2025 i.V.m. Nr. 11 des Tarifs PV 2025 festgelegt ist. Das Bestehen eines Anspruchs auf diesen Zuschlag muss der Versicherer dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 5 MB/PPV 2025) schriftlich mitteilen und erläutern.

§ 3 Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege

(1) (Regelung ist gegenstandslos geworden.)

(2) (Regelung ist gegenstandslos geworden.)

(3) (Regelung ist gegenstandslos geworden.)

(4) (Regelung ist gegenstandslos geworden.)

(5) Versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 von zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung versorgt werden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen gemäß Nr. 7.1 Satz 3 des Tarifs PV in Höhe des ihnen für den Monat Dezember 2016 zustehenden Leistungsbetrages, wenn dieser höher ist als der ihnen für Januar 2017 zustehende Leistungsbetrag. In Tarifstufe PVB wird der Zuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

§ 4 Besitzstandsschutz bei Leistungen der sozialen Sicherung

(1) Für Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege rentenversicherungspflichtig waren und Anspruch auf die Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 4 Abs. 13 MB/PPV 2015 hatten, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflegetätigkeit fort. Die beitragspflichtigen Einnahmen ab dem 1. Januar 2017 bestimmen sich in den Fällen des Satzes 1 nach Maßgabe des § 166 Abs. 2 und 3 SGB VI in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung (siehe Anhang), wenn sie höher sind als die beitragspflichtigen Einnahmen, die sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht ergeben.

(2) (Regelung ist gegenstandslos geworden.)

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

1. bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 1 Abs. 2 MB/PPV 2025 vorliegt oder
2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 4 Abs. 13 MB/PPV 2025 ist.

Absatz 1 ist auch nicht mehr anwendbar, wenn sich nach dem 31. Dezember 2016 eine Änderung in den Pflegeverhältnissen ergibt, die zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Abs. 2 SGB VI in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung (siehe Anhang) führt oder ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 2 oder 3 SGB VI (siehe Anhang) eintritt.

§ 5 Begutachtungsverfahren

(Regelung ist gegenstandslos geworden.)

§ 6 Verlängerung des Anspruchs für noch nicht abgerufene Mittel nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2017

(Regelung ist gegenstandslos geworden.)

§ 7 Übergangsregelung für Leistungsbezieher nach dem Soldatenversorgungsgesetz

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

§ 8 Übergangsregelung zum Gemeinsamen Jahresbetrag im Jahr 2025

Die Leistungsbeträge, die für Leistungen der Ersatzpflege gemäß § 4 Abs. 6 MB/PPV 2025 sowie für Leistungen der Kurzzeitpflege gemäß § 4 Abs. 10 MB/PPV 2025 im Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis einschließlich zum 30. Juni 2025 verbraucht worden sind, werden auf den Leistungsbetrag des Gemeinsamen Jahresbetrags nach Nr. 3 und Nr. 6 des Tarifs PV für das Kalenderjahr 2025 angerechnet.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang

i Die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung zitierten Rechtsvorschriften sind nachfolgend mit dem Stand 02/2025 wiedergegeben. Die jeweils aktuelle Fassung kann z. B. bei den im Internet vom Bundesministerium der Justiz veröffentlichten Gesetzen eingesehen werden. Dieser Anhang stellt nur einen Auszug der jeweiligen Rechtsvorschriften dar.

Verordnung über Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (Bundesbeihilfeverordnung – BBhV)

§ 46 Bemessung der Beihilfe

(2) Soweit Absatz 3 nichts Anderes bestimmt, beträgt der Bemessungssatz für

1. beihilfeberechtigte Personen 50 Prozent,
2. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen 70 Prozent,
3. berücksichtigungsfähige Personen nach § 4 Absatz 1 70 Prozent und
4. berücksichtigungsfähige Kinder sowie Waisen 80 Prozent.

(3) Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für die beihilfeberechtigte Person 70 Prozent. Dies gilt bei mehreren beihilfeberechtigten Personen nur für diejenigen, die den Familienzuschlag nach den §§ 39 und 40 des Bundesbesoldungsgesetzes oder den Auslandszuschlag nach § 53 Absatz 4 Nummer 2 und 2a des Bundesbesoldungsgesetzes beziehen. § 5 Absatz 6 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Satz 2 ist nur dann anzuwenden, wenn einer beihilfeberechtigten Person nicht aus anderen Gründen bereits ein Bemessungssatz von 70 Prozent zusteht. Der Bemessungssatz für beihilfeberechtigte Personen, die Elternzeit in Anspruch nehmen, beträgt 70 Prozent. Der Bemessungssatz für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer beträgt 70 Prozent, wenn ihnen sonst auf Grund einer nach § 5 nachrangigen Beihilfeberechtigung ein Bemessungssatz von 70 Prozent zusteände.

Entwicklungshelfer-Gesetz (EhfG)

§ 1 Entwicklungshelfer

(1) Entwicklungshelfer im Sinne dieses Gesetzes ist, wer

1. in Entwicklungsländern ohne Erwerbsabsicht Dienst leistet, um in partnerschaftlicher Zusammenarbeit zum Fortschritt dieser Länder beizutragen (Entwicklungsdiest),
2. sich zur Leistung des Entwicklungsdienstes gegenüber einem anerkannten Träger des Entwicklungsdienstes für eine ununterbrochene Zeit von mindestens einem Jahr vertraglich verpflichtet hat,
3. für den Entwicklungsdienst nur Leistungen erhält, die dieses Gesetz vorsieht,
4. das 18. Lebensjahr vollendet hat und Deutscher im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes oder Staatsangehöriger eines anderen Mitgliedsstaates der Europäischen Gemeinschaften ist.

Gesetz über die Familienpflegezeit (Familienpflegezeitgesetz – FPfZG)

§ 2 Familienpflegezeit

(1) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung für längstens 24 Monate (Höchstdauer) teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Familienpflegezeit). Während der Familienpflegezeit muss die verringerte Arbeitszeit wöchentlich mindestens 15 Stunden betragen. Bei unterschiedlichen wöchentlichen Arbeitszeiten oder einer unterschiedlichen Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit darf die wöchentliche Arbeitszeit im Durchschnitt eines Zeitraums von bis zu einem Jahr 15 Stunden nicht unterschreiten (Mindestarbeitszeit). Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 25 oder weniger Beschäftigten ausschließlich der zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten.

Verordnung betreffend die Aufsicht über die Geschäftstätigkeit in der privaten Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsverordnung – KVAV)

§ 14 Übertragungswert

(6) Wechselt der Versicherte in der Pflege-Pflichtversicherung zu einem anderen Unternehmen, so gilt die Alterungsrückstellung als Übertragungswert im Sinne des § 148 Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes.

Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989)

§ 2 Pflichtversicherte

(1) In der Krankenversicherung der Landwirte sind versicherungspflichtig

1. Unternehmer der Land- und Forstwirtschaft einschließlich des Wein- und Gartenbaus sowie der Teichwirtschaft und der Fischzucht (landwirtschaftliche Unternehmer), deren Unternehmen, unabhängig vom jeweiligen Unternehmer, auf Bodenbewirtschaftung beruht und die Mindestgröße erreicht; § 1 Abs. 5 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte gilt,
2. Personen, die als landwirtschaftliche Unternehmer tätig sind, ohne dass ihr Unternehmen die Mindestgröße im Sinne der Nummer 1 erreicht, wenn

- a) ihr landwirtschaftliches Unternehmen die nach § 1 Abs. 5 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte festgesetzte Mindesthöhe um nicht mehr als die Hälfte unterschreitet und sie nicht nach Nummer 4 versicherungspflichtig sind und
- b) das Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen, das sie neben dem Einkommen aus dem landwirtschaftlichen Unternehmen haben, sowie das in § 5 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannte Vorruhestandsgeld im Kalenderjahr die Hälfte der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch nicht übersteigt.

§ 9 Betriebshilfe

(1) Nach § 2 versicherungspflichtige landwirtschaftliche Unternehmer erhalten anstelle von Krankengeld oder Mutterschaftsgeld Betriebshilfe nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) Betriebshilfe wird während der Krankenhausbehandlung des landwirtschaftlichen Unternehmers oder während einer medizinischen Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung nach § 23 Abs. 2 oder 4, § 24, § 40 Abs. 1 oder 2 oder § 41 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewährt, wenn in dem Unternehmen keine Arbeitnehmer und keine versicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen ständig beschäftigt werden. Betriebshilfe wird für längstens drei Monate gewährt, soweit die Satzung nicht längere Zeiten vorsieht.

(3) Die Satzung kann bestimmen, dass Betriebshilfe während einer Krankheit auch gewährt wird, wenn die Bewirtschaftung des Unternehmens gefährdet ist.

(3a) Die Satzung kann bestimmen, dass während der Schwangerschaft und bis zum Ablauf von acht Wochen, in den Fällen des § 3 Absatz 2 Satz 2 des Mutterschutzgesetzes bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Entbindung anstelle von Mutterschaftsgeld Betriebshilfe gewährt wird, wenn die Bewirtschaftung des Unternehmens gefährdet ist. Bei vorzeitigen Entbindungen ist § 3 Absatz 2 Satz 3 des Mutterschutzgesetzes entsprechend anzuwenden.

(4) Die Satzung kann die Betriebshilfe erstrecken auf

1. den Ehegatten oder den Lebenspartner des versicherten landwirtschaftlichen Unternehmers,
2. die versicherten mitarbeitenden Familienangehörigen,
3. Unternehmen, in denen Arbeitnehmer oder versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige ständig beschäftigt werden.

(5) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Maßnahmen nach Satz 1 und die dazu erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher oder elektronischer Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher oder elektronischer Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich oder elektronisch widerrufen werden. Die Krankenkasse darf ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch genannten Stellen übertragen.

§ 48a Tragung der Beiträge bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld

(1) Für versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige, die Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beziehen, tragen die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen oder die Festsetzungsstelle für die Beihilfe des Pflegebedürftigen die Beiträge.

(2) Bei freiwilligen Mitgliedern, die Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beziehen, werden die Beiträge, soweit sie auf das Pflegeunterstützungsgeld entfallen, zur Hälfte vom Versicherten getragen. Die andere Hälfte dieser Beiträge tragen die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen oder die Festsetzungsstelle für die Beihilfe des Pflegebedürftigen.

§ 49 Zahlung der Beiträge

(1) Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. Abweichend von Satz 1 zahlen die Bundesagentur für Arbeit oder in den Fällen des § 6a des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch die zugelassenen kommunalen Träger die Beiträge für nach § 2 Absatz 1 Nummer 6 versicherungspflichtige Beziehende von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Die Beiträge werden in den Fällen des § 48a Absatz 2 durch die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen oder die Festsetzungsstelle für die Beihilfe gezahlt.

Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG) in der bis zum 21. Dezember 2018 geltenden Fassung

§ 1 Form und Voraussetzungen

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

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

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

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

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

Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG)

Artikel 41 Übergangsregelungen für Fristen bei Wahlrechten der Versicherten

(1) Personen, die am 1. Januar 1995 in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, können sich bis zum 30. Juni 1995 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. Befreiungsanträge können bereits vor dem 1. Januar 1995 mit Wirkung ab dem 1. Januar 1995 gestellt werden. § 22 Abs. 1 und 2 Satz 2 und 3

des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt.

(2) Personen, für die nach § 23 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zum 1. Januar 1995 Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung eintritt, können ihr Wahlrecht nach § 23 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auch schon vor dem 1. Januar 1995 mit Wirkung zum 1. Januar 1995 ausüben.

Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz – PflegeZG)

§ 2 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

(1) Beschäftigte haben das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen.

(2) Beschäftigte sind verpflichtet, dem Arbeitgeber ihre Verhinderung an der Arbeitsleistung und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. Dem Arbeitgeber ist auf Verlangen eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der in Absatz 1 genannten Maßnahmen vorzulegen.

(3) Der Arbeitgeber ist zur Fortzahlung der Vergütung nur verpflichtet, soweit sich eine solche Verpflichtung aus anderen gesetzlichen Vorschriften oder auf Grund einer Vereinbarung ergibt. Ein Anspruch der Beschäftigten auf Zahlung von Pflegeunterstützungsgeld richtet sich nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 3 Pflegezeit und sonstige Freistellungen

(1) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Pflegezeit). Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten.

(2) Die Beschäftigten haben die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachzuweisen. Bei in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherten Pflegebedürftigen ist ein entsprechender Nachweis zu erbringen.

(3) Wer Pflegezeit beanspruchen will, muss dies dem Arbeitgeber spätestens zehn Arbeitstage vor Beginn in Textform ankündigen und gleichzeitig erklären, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang die Freistellung von der Arbeitsleistung in Anspruch genommen werden soll. Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, ist auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit anzugeben. Enthält die Ankündigung keine eindeutige Festlegung, ob die oder der Beschäftigte Pflegezeit oder Familienpflegezeit nach § 2 des Familienpflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen will, und liegen die Voraussetzungen beider Freistellungsansprüche vor, gilt die Erklärung als Ankündigung von Pflegezeit. Beansprucht die oder der Beschäftigte nach der Pflegezeit Familienpflegezeit oder eine Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes zur Pflege oder Betreuung desselben pflegebedürftigen Angehörigen, muss sich die Familienpflegezeit oder die Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes unmittelbar an die Pflegezeit anschließen. In diesem Fall soll die oder der Beschäftigte möglichst frühzeitig erklären, ob sie oder er Familienpflegezeit oder eine Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen

wird; abweichend von § 2a Absatz 1 Satz 1 des Familienpflegezeitgesetzes muss die Ankündigung spätestens drei Monate vor Beginn der Familienpflegezeit erfolgen. Wird Pflegezeit nach einer Familienpflegezeit oder einer Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes in Anspruch genommen, ist die Pflegezeit in unmittelbarem Anschluss an die Familienpflegezeit oder die Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes zu beanspruchen und abweichend von Satz 1 dem Arbeitgeber spätestens acht Wochen vor Beginn in Textform anzukündigen.

(4) Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, haben Arbeitgeber und Beschäftigte über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. Hierbei hat der Arbeitgeber den Wünschen der Beschäftigten zu entsprechen, es sei denn, dass dringende betriebliche Gründe entgegenstehen.

(5) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher oder außerhäuslicher Umgebung betreuen. Die Inanspruchnahme dieser Freistellung ist jederzeit im Wechsel mit der Freistellung nach Absatz 1 im Rahmen der Gesamtdauer nach § 4 Absatz 1 Satz 4 möglich. Absatz 1 Satz 2 und die Absätze 2 bis 4 gelten entsprechend. Beschäftigte können diesen Anspruch wahlweise statt des Anspruchs auf Pflegezeit nach Absatz 1 geltend machen.

(6) Beschäftigte sind zur Begleitung eines nahen Angehörigen von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn dieser an einer Erkrankung leidet, die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat, bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig ist und die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt. Beschäftigte haben diese gegenüber dem Arbeitgeber durch ein ärztliches Zeugnis nachzuweisen. Absatz 1 Satz 2, Absatz 3 Satz 1 und 2 und Absatz 4 gelten entsprechend. § 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.

(6a) Beschäftigte von Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten können bei ihrem Arbeitgeber den Abschluss einer Vereinbarung über eine Pflegezeit nach Absatz 1 Satz 1 oder eine sonstige Freistellung nach Absatz 5 Satz 1 oder Absatz 6 Satz 1 beantragen. Der Arbeitgeber hat den Antrag innerhalb von vier Wochen nach Zugang zu beantworten. Eine Ablehnung des Antrags ist zu begründen. Wird eine Pflegezeit oder sonstige Freistellung nach Satz 1 vereinbart, gelten die Absätze 2, 3 Satz 4 und 6 erster Halbsatz, Absatz 4 Satz 1 sowie Absatz 6 Satz 2 und 4 entsprechend.

(7) Ein Anspruch auf Förderung richtet sich nach den §§ 3, 4, 5 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 sowie den §§ 6 bis 10 des Familienpflegezeitgesetzes.

§ 7 Begriffsbestimmungen

(1) Beschäftigte im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer,
2. die zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten,
3. Personen, die wegen ihrer wirtschaftlichen Unselbständigkeit als arbeitnehmerähnliche Personen anzusehen sind; zu diesen gehören auch die in Heimarbeit Beschäftigten und die ihnen Gleichgestellten.

(3) Nahe Angehörige im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
2. Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner,
3. Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

Sozialgesetzbuch (SGB), Drittes Buch (III)

– Arbeitsförderung –

§ 26 Sonstige Versicherungspflichtige

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Jugendliche, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 51 des Neunten Buches Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen sollen, sowie Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
2. Personen, die nach Maßgabe des Wehrpflichtgesetzes, des § 58b des Soldatengesetzes oder des Zivildienstgesetzes Wehrdienst oder Zivildienst leisten und während dieser Zeit nicht als Beschäftigte versicherungspflichtig sind,
3. (weggefallen)
- 3a. (weggefallen)
4. Gefangene, die Arbeitsentgelt, Ausbildungsbeihilfe oder Ausfallentschädigung (§§ 43 bis 45, 176 und 177 des Strafvollzugsgesetzes) erhalten oder Ausbildungsbeihilfe nur wegen des Vorrangs von Leistungen zur Förderung der Berufsausbildung nach diesem Buch nicht erhalten; das Versicherungspflichtverhältnis gilt während arbeitsfreier Sonnabende, Sonntage und gesetzlicher Feiertage als fortbestehend, wenn diese Tage innerhalb eines zusammenhängenden Arbeits- oder Ausbildungsabschnittes liegen. Gefangene im Sinne dieses Buches sind Personen, die im Vollzug von Untersuchungshaft, Freiheitsstrafen und freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung oder einstweilig nach § 126a Abs. 1 der Strafprozessordnung untergebracht sind,
5. Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.

(2) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, für die sie

1. von einem Leistungsträger Mutterschaftsgeld, Krankengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Verletztengeld oder von einem Träger der medizinischen Rehabilitation Übergangsgeld beziehen,
2. von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen Krankentagegeld beziehen,
- 2a. von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des

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

- 2b. von einer Pflegekasse, einem privaten Versicherungsunternehmen, der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn Pflegeunterstützungsgeld beziehen oder
3. von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung eine Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen,

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

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

1. unmittelbar vor der Kindererziehung versicherungspflichtig waren oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch hatten und
2. sich mit dem Kind im Inland gewöhnlich aufhalten oder bei Aufenthalt im Ausland Anspruch auf Kindergeld nach dem Einkommensteuergesetz oder Bundeskindergeldgesetz haben oder ohne die Anwendung des § 64 oder § 65 des Einkommensteuergesetzes oder des § 3 oder § 4 des Bundeskindergeldgesetzes haben würden.

Satz 1 gilt nur für Kinder

1. der oder des Erziehenden,
2. seiner nicht dauernd getrennt lebenden Ehegattin oder ihres nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten oder
3. ihrer nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartnerin oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartners.

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

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

(3) Nach Absatz 1 Nr. 1 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach § 25 Abs. 1 versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 1 Nr. 4 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach anderen Vorschrif-

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

(4) (weggefallen)

§ 345 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherungspflichtiger

Alsbeitragspflichtige Einnahme gilt bei Personen,

1. die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, ein Arbeitsentgelt in Höhe von einem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße,
2. die als Wehrdienstleistende oder als Zivildienstleistende versicherungspflichtig sind (§ 25 Abs. 2 Satz 2, § 26 Abs. 1 Nr. 2), ein Betrag in Höhe von 40 Prozent der monatlichen Bezugsgröße,
3. die als Gefangene versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe von 90 Prozent der Bezugsgröße,
4. die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden, ein Entgelt in Höhe der gewährten Geld- und Sachbezüge,
5. die als Bezieherinnen oder Bezieher von Krankengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Krankengeld der Soldatenentschädigung, Verletztengeld oder Übergangsgeld versicherungspflichtig sind, 80 Prozent des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 Prozent des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind; bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung ist das dem Krankengeld zugrunde liegende Einkommen nicht zu berücksichtigen,
- 5a. die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen; wird Krankengeld in Höhe der Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch gezahlt, gilt Nummer 5,
- 5b. die Krankengeld nach § 45 Absatz 1 oder Absatz 1a des Fünften Buches oder Verletztengeld nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches in Verbindung mit § 45 Absatz 1 oder Absatz 1a des Fünften Buches beziehen, 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts oder des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitseinkommens,
6. die als Bezieherinnen oder Bezieher von Krankentagegeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe von 70 Prozent der für die Erhebung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223

Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches). Für den Kalendermonat ist ein Zwölftel und für den Kalendertag ein Dreihundertsechzigstel des Arbeitsentgelts zugrunde zu legen,

- 6a. die von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von öffentlich-rechtlichen Trägern von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, das diesen Leistungen zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen,
- 6b. die als Bezieherinnen oder Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld versicherungspflichtig sind, 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts,
7. die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe des Mutterschaftsgeldes,
8. die als Pflegepersonen versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b), ein Arbeitsentgelt in Höhe von 50 Prozent der monatlichen Bezugsgröße.

§ 347 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

Die Beiträge werden getragen

1. für Personen, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die eine Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, vom Träger der Einrichtung,
2. für Wehrdienstleistende oder für Zivildienstleistende nach der Hälfte des Beitragssatzes vom Bund,
3. für Gefangene von dem für die Vollzugsanstalt zuständigen Land,
4. für nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften während der Zeit der außerschulischen Ausbildung für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft von der geistlichen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft,
5. für Personen, die Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von diesen und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im übrigen von den Leistungsträgern; die Leistungsträger tragen die Beiträge auch allein, soweit sie folgende Leistungen zahlen:
 - a) Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Krankengeld der Soldatenentschädigung oder Übergangsgeld,
 - b) Krankengeld oder Verletztengeld in Höhe der Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch oder
 - c) eine Leistung, die nach einem monatlichen Arbeitsentgelt bemessen wird, das die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt,

- 5a. für Personen, die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, vom Leistungsträger,
6. für Personen, die Krankentagegeld beziehen, von privaten Krankenversicherungsunternehmen,
- 6a. für Personen, die Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, von der Stelle, die die Leistung erbringt; wird die Leistung von mehreren Stellen erbracht, sind die Beiträge entsprechend anteilig zu tragen,
- 6b. für Personen, die Pflegeunterstützungsgeld beziehen, von den Bezieherinnen oder Beziehern der Leistung zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im Übrigen
 - a) von der Pflegekasse, wenn die oder der Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist,
 - b) vom privaten Versicherungsunternehmen, wenn die oder der Pflegebedürftige in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert ist,
 - c) von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig, wenn die oder der Pflegebedürftige Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge hat und in der sozialen Pflegeversicherung oder bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert ist,

die Beiträge werden von den Stellen, die die Leistung zu erbringen haben, allein getragen, wenn das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt,

7. für Personen, die als Bezieherinnen oder Bezieher einer Rente wegen voller Erwerbsminderung versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern,
8. für Personen, die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern,
9. (weggefallen)
10. für Personen, die als Pflegepersonen versicherungspflichtig sind (§ 26 Absatz 2b) und eine
 - a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherte pflegebedürftige Person pflegen, von der Pflegekasse,
 - b) in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherte pflegebedürftige Person pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,
 - c) pflegebedürftige Person pflegen, die wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig.

§ 349 Beitragszahlung für sonstige Versicherungspflichtige

- (1) Für die Zahlung der Beiträge für Personen, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen soll, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, gelten die Vorschriften über die Beitragszahlung aus Arbeitsentgelt entsprechend.
- (2) Die Beiträge für Wehrdienstleistende, für Zivildienstleistende und für Gefangene sind an die Bundesagentur zu zahlen.
- (3) Die Beiträge für Personen, die Sozialleistungen beziehen, sind von den Leistungsträgern an die Bundesagentur zu zahlen. Die Bundesagentur und die Leistungsträger regeln das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge durch Vereinbarung.
- (4) Die Beiträge für Personen, die Krankentagegeld beziehen, sind von den privaten Krankenversicherungsunternehmen an die Bundesagentur zu zahlen. Die Beiträge können durch eine Einrichtung dieses Wirtschaftszweiges gezahlt werden. Mit dieser Einrichtung kann die Bundesagentur Näheres über Zahlung, Einziehung und Abrechnung vereinbaren; sie kann auch vereinbaren, daß der Beitragsabrechnung statistische Durchschnittswerte über die Zahl der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, für die Beiträge zu zahlen sind, und über Zeiten der Arbeitsunfähigkeit zugrunde gelegt werden. Der Bundesagentur sind Verwaltungskosten für den Einzug der Beiträge in Höhe von zehn Prozent der Beiträge pauschal zu erstatten, wenn die Beiträge nicht nach Satz 2 gezahlt werden.
- (4a) Die Beiträge für Personen, die als Pflegepersonen versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b), sind von den Stellen, die die Beiträge zu tragen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Die Beiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld sind von den Stellen, die die Leistung zu erbringen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Das Nähere über das Verfahren der Beitragszahlung und Abrechnung der Beiträge können der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Festsetzungsstellen für die Beihilfe, das Bundesamt für Soziale Sicherung und die Bundesagentur durch Vereinbarung regeln.
- (4b) Die Beiträge für Personen, die Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, sind von den Stellen, die die Beiträge zu tragen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Absatz 4a Satz 2 gilt entsprechend.
- (5) Für die Zahlung der Beiträge nach den Absätzen 3 bis 4b sowie für die Zahlung der Beiträge für Gefangene gelten die Vorschriften für den Einzug der Beiträge, die an die Einzugsstellen zu zahlen sind, entsprechend, soweit die Besonderheiten der Beiträge nicht entgegenstehen; die Bundesagentur ist zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt.

Sozialgesetzbuch (SGB), Viertes Buch (IV)

– Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung –

§ 8 Geringfügige Beschäftigung und geringfügige selbständige Tätigkeit; Geringfügigkeitsgrenze

- (1) Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn

1. das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt, [...]

§ 8a Geringfügige Beschäftigung in Privathaushalten

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

§ 18 Bezugsgröße

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

Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch (V)

– Gesetzliche Krankenversicherung –

§ 23 Medizinische Vorsorgeleistungen

(4) Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 und 2 nicht aus, erbringt die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht; für Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht. [...]

§ 33 Hilfsmittel

(6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. Vertragsärzte oder Krankenkassen dürfen, soweit gesetzlich nicht etwas anderes bestimmt ist oder aus medizinischen Gründen im Einzelfall eine Empfehlung geboten ist, weder Verordnungen bestimmten Leistungserbringern zuweisen, noch die Versicherten dahingehend beeinflussen, Verordnungen bei einem bestimmten Leistungserbringer einzulösen. Die Sätze 1 und 2 gelten auch bei der Einlösung von elektronischen Verordnungen.

(7) Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise.

§ 37 Häusliche Krankenpflege

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie

hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(1a) Versicherte erhalten an geeigneten Orten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Absatz 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, die Anspruch auf Leistungen nach § 37c haben, soweit diese Leistungen tatsächlich erbracht werden. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.

(2a) Die gesetzliche Krankenversicherung beteiligt sich an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit einem jährlichen Pauschalbeitrag in Höhe von 640 Millionen Euro, der an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung zu leisten ist. Die Zahlung erfolgt anteilig quartalsweise. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhebt hierzu von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(2b) Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 anzunehmen. § 37b Absatz 4 gilt für die häusliche Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung entsprechend.

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

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

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

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können.

(7) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 unter Berücksichtigung bestehender Therapieangebote das Nähere zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden. Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden kann auch in spezialisierten Einrichtungen an einem geeigneten Ort außerhalb der Häuslichkeit von Versicherten erfolgen.

(8) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Juli 2022 Rahmenvorgaben zu einzelnen nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 verordnungsfähigen Maßnahmen, bei denen Pflegefachkräfte, die die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 geregelten Anforderungen erfüllen, innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Verordnungsrahmens selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen können, sowie Vorgaben zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes und zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch den Leistungserbringer über die erbrachten Maßnahmen.

(9) Zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens für die im Rahmen einer Versorgung nach Absatz 8 erbrachten Leistungen pseudonymisieren die Krankenkassen die Angaben zu den Ausgaben jeweils arztbezogen sowie versichertenbezogen. Sie übermitteln diese Angaben nach Durchführung der Abrechnungsprüfung dem Spaltenverband Bund der Krankenkassen, der diese Daten für den Zweck der nach Absatz 10 durchzuführenden Evaluierung kassenartenübergreifend zusammenführt und diese Daten dem nach Absatz 10 Satz 2 beauftragten unabhängigen Dritten übermittelt. Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren der Pseudonymisierung regelt der Spaltenverband Bund der Krankenkassen. Der Spaltenverband Bund der Krankenkassen und der beauftragte unabhängige Dritte nach Absatz 10 Satz 2 haben die ihnen nach Satz 2 übermittelten pseudonymisierten Daten spätestens ein Jahr nach Abschluss der Evaluierung zu löschen.

(10) Drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen nach Absatz 8 evaluieren der Spaltenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer unter Berücksichtigung der nach Absatz 9 Satz 2 übermittelten Daten insbesondere die mit der Versorgung nach Absatz 8 verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der häuslichen Krankenpflege, die finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung nach Absatz 8 sowie die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität. Die Evaluierung hat durch einen durch den Spaltenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer gemeinsam zu beauftragenden unabhängigen Dritten zu erfolgen.

§ 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(2) Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, so erbringt die Krankenkasse erforderliche stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht. [...]

(3a) Bei einer stationären Rehabilitation haben Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches auch Anspruch auf die Versorgung der Pflegebedürftigen, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden. [...]

§ 45 Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, daß sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und das Kind das zwölfe Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. § 10 Abs. 4 und § 44 Absatz 2 gelten für den Anspruch nach Satz 1 entsprechend.

(1a) Ein Anspruch auf Krankengeld besteht auch für Versicherte, die nach § 11 Absatz 3 bei stationärer Behandlung ihres versicherten Kindes aus medizinischen Gründen als Begleitperson mitaufgenommen werden, sofern das Kind das zwölfe Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Das Vorliegen der in Satz 1 genannten medizinischen Gründe, die eine Mitaufnahme notwendig machen, sowie die Dauer der notwendigen Mitaufnahme sind von der stationären Einrichtung gegenüber der Begleitperson des versicherten Kindes zu bescheinigen; im Fall des § 11 Absatz 3 Satz 2 ist die Bescheinigung auf die Dauer der in Satz 1 genannten Mitaufnahme zu beschränken. Der Anspruch nach Satz 1 besteht nur für einen Elternteil. § 10 Absatz 4 und § 44 Absatz 2 gelten für den Anspruch nach Satz 1 entsprechend. Der Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 bleibt unberührt. Kein Anspruch auf Krankengeld nach Satz 1 besteht, wenn Krankengeld nach Absatz 4 oder nach § 44b in Anspruch genommen wird.

(2) Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 besteht in jedem Kalenderjahr für jedes Kind längstens für 10 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 20 Arbeitstage. Der Anspruch nach Satz 1 besteht für Versicherte für nicht mehr als 25 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte für nicht mehr als 50 Arbeitstage je Kalenderjahr. Das Krankengeld nach Absatz 1 oder Absatz 1a beträgt 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt der Versicherten, bei Bezug von beitragspflichtigem einmalig gezahltem Arbeitsentgelt (§ 23a des Vierten Buches) in den der Freistellung von Arbeitsleistung nach Absatz 3 vorangegangenen zwölf Kalendermonaten 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt; es darf 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 3 nicht überschreiten. Erfolgt die Berechnung des Krankengeldes nach Absatz 1 oder Absatz 1a aus Arbeitseinkommen, beträgt dies 70 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt. § 47 Absatz 1 Satz 6 bis 8, Absatz 4 Satz 3 bis 5 und § 47b gelten entsprechend.

(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 besteht der Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 jeweils in dem Kalenderjahr 2024 und in dem Kalenderjahr 2025 für jedes Kind längstens für 15 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 30 Arbeitstage. Der Anspruch nach Satz 1 besteht für Versicherte für nicht mehr als 35 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte für nicht mehr als 70 Arbeitstage.

(2b) (weggefallen)

(3) Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 oder Absatz 1a haben für die Dauer dieses Anspruchs gegen ihren Arbeitgeber Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung, soweit nicht aus dem gleichen Grund Anspruch auf bezahlte Freistellung besteht. Wird der Freistellungsanspruch nach Satz 1 geltend gemacht, bevor die Krankenkasse ihre Leistungsverpflichtung nach Absatz 1 oder Absatz 1a anerkannt hat, und sind die Voraussetzungen dafür nicht erfüllt, ist der Arbeitgeber berechtigt, die gewährte Freistellung von der Arbeitsleistung auf einen späteren Freistellungsanspruch zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines erkrankten Kindes anzurechnen. Der Freistellungsanspruch nach Satz 1 kann nicht durch Vertrag ausgeschlossen oder beschränkt werden.

(4) Versicherte haben ferner Anspruch auf Krankengeld, wenn sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, sofern das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist und nach ärztlichem Zeugnis an einer Erkrankung leidet,

- a) die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat,
- b) bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-medizinische Behandlung notwendig oder von einem Elternteil erwünscht ist und
- c) die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.

Der Anspruch besteht nur für ein Elternteil. Absatz 1 Satz 2, Absatz 3 und die §§ 47 und 47b gelten entsprechend.

(5) Anspruch auf unbezahlte Freistellung nach den Absätzen 3 und 4 haben auch Arbeitnehmer, die nicht Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 oder Absatz 1a sind.

§ 107 Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

(2) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der stationären Behandlung der Patienten dienen, um

- a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder
- b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluß an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen.

2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen

und in denen

3. die Patienten untergebracht und verpflegt werden können.

§ 176 Bestandschutzregelung für Solidargemeinschaften

(1) Die Mitgliedschaft in einer Solidargemeinschaft gilt nur dann als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 und als ein mit dem Anspruch auf freie Heilfürsorge oder einer Beihilfeberechtigung vergleichbarer Anspruch im Sinne des

§ 193 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 des Versicherungsvertragsgesetzes, wenn die Solidargemeinschaft am 20. Januar 2021 bereits bestanden hat und seit ihrer Gründung ununterbrochen fortgeführt wurde, sie beides dem Bundesministerium für Gesundheit nachweist und auf ihren alle fünf Jahre zu stellenden Antrag hin das Bundesministerium für Gesundheit jeweils das Vorliegen eines testierten Gutachtens über die dauerhafte Leistungsfähigkeit gemäß Absatz 3 bestätigt.

(5) Erhebt eine in Absatz 1 genannte Solidargemeinschaft von einem Mitglied einen Beitrag, der höher ist als die Hälfte des nach § 152 Absatz 3 Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes berechneten Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung, und besteht bei dem Mitglied Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches oder würde allein durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit entstehen, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit oder für die Zeit, in der Hilfebedürftigkeit entstehen würde, auf die Hälfte des nach § 152 Absatz 3 Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes berechneten Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung. Für Mitglieder mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass jeweils an die Stelle des Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung ein Beitrag tritt, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs entspricht. Die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger auf Antrag des Mitglieds zu prüfen und zu bescheinigen.

§ 232b Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld

(1) Bei Personen, die Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches beziehen, gelten 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts als Beitragspflichtige Einnahmen.

(2) Für Personen, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 erhalten bleibt, gelten § 226 Absatz 1 Nummer 2 bis 4 und Absatz 2 sowie die §§ 228 bis 231 entsprechend. Die Einnahmen nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 unterliegen höchstens in dem Umfang der Beitragspflicht, in dem zuletzt vor dem Bezug des Pflegeunterstützungsgeldes Beitragspflicht bestand. Für freiwillige Mitglieder gilt Satz 2 entsprechend.

§ 249c Tragung der Beiträge bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld

Bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld werden die Beiträge, soweit sie auf das Pflegeunterstützungsgeld entfallen, getragen

1. bei Personen, die einen in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von den Versicherten und der Pflegekasse je zur Hälfte,
2. bei Personen, die einen in der privaten Pflege- Pflichtversicherung versicherungspflichtigen Pflegebedürftigen pflegen, von den Versicherten und dem privaten Versicherungsunternehmen je zur Hälfte,
3. bei Personen, die einen Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von den Versicherten zur Hälfte und von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen jeweils anteilig,

im Übrigen von der Pflegekasse, dem privaten Versicherungsunternehmen oder anteilig von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem

privaten Versicherungsunternehmen. Die Beiträge werden von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen allein oder anteilig von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen getragen, wenn das dem Pflegeunterstützungsgeld zugrunde liegende monatliche Arbeitsentgelt 450 Euro nicht übersteigt.

§ 252 Beitragszahlung

(1) Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. Abweichend von Satz 1 zahlen die Bundesagentur für Arbeit oder in den Fällen des § 6a des Zweiten Buches die zugelassenen kommunalen Träger die Beiträge für die Bezieher von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches.

(2) Die Beitragszahlung erfolgt in den Fällen des § 251 Abs. 3, 4 und 4a an den Gesundheitsfonds. Ansonsten erfolgt die Beitragszahlung an die nach § 28i des Vierten Buches zuständige Einzugsstelle. Die Einzugsstellen leiten die nach Satz 2 gezahlten Beiträge einschließlich der Zinsen auf Beiträge und Säumniszuschläge arbeitstäglich an den Gesundheitsfonds weiter. Das Weitere zum Verfahren der Beitragszahlungen nach Satz 1 und Beitragsweiterleitungen nach Satz 3 wird durch Rechtsverordnung nach den §§ 28c und 28n des Vierten Buches geregelt.

(2a) Die Pflegekassen zahlen für Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld die Beiträge nach § 249c Satz 1 Nummer 1 und 3. Die privaten Versicherungsunternehmen, die Festsetzungsstellen für die Beihilfe oder die Dienstherren zahlen die Beiträge nach § 249c Satz 1 Nummer 2 und 3; der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Festsetzungsstellen für die Beihilfe und die Dienstherren vereinbaren mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Bundesamt für Soziale Sicherung Näheres über die Zahlung und Abrechnung der Beiträge. Für den Beitragsabzug gilt § 28g Satz 1 und 2 des Vierten Buches entsprechend.

(2b) (weggefallen)

(3) Schuldet ein Mitglied Auslagen, Gebühren, insbesondere Mahn- und Vollstreckungsbüren sowie wie Gebühren zu behandelnde Entgelte für Rücklastschriften, Beiträge, den Zusatzbeitrag nach § 242 in der bis zum 31. Dezember 2014 geltenden Fassung, Prämien nach § 53, Säumniszuschläge, Zinsen, Bußgelder oder Zwangsgelder, kann es bei Zahlung bestimmen, welche Schuld getilgt werden soll. Trifft das Mitglied keine Bestimmung, werden die Schulden in der genannten Reihenfolge getilgt. Innerhalb der gleichen Schuldenart werden die einzelnen Schulden nach ihrer Fälligkeit, bei gleichzeitiger Fälligkeit anteilmäßig getilgt.

(4) Für die Haftung der Einzugsstellen wegen schuldhafter Pflichtverletzung beim Einzug von Beiträgen nach Absatz 2 Satz 2 gilt § 28r Abs. 1 und 2 des Vierten Buches entsprechend.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Prüfung der von den Krankenkassen mitzuteilenden Daten durch die mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen einschließlich der Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder nicht prüfbarer Daten sowie das Verfahren der Prüfung und der Prüfkriterien für die Bereiche der Beitragsfestsetzung, des Beitragseinzugs und der Weiterleitung von Beiträgen nach Absatz 2 Satz 2 durch die Krankenkassen, auch abweichend von § 274.

(6) Stellt die Aufsichtsbehörde fest, dass eine Krankenkasse die Monatsabrechnungen über die Sonstigen Beiträge gegenüber dem Bundesamt für Soziale Sicherung als Verwalter des Gesundheitsfonds entgegen der Rechtsverordnung auf Grundlage der §§ 28n und 28p des Vierten Buches nicht, nicht vollständig, nicht richtig oder nicht fristgerecht abgibt, kann sie

die Aufforderung zur Behebung der festgestellten Rechtsverletzung und zur Unterlassung künftiger Rechtsverletzungen mit der Androhung eines Zwangsgeldes bis zu 50 000 Euro für jeden Fall der Zu widerhandlung verbinden.

§ 290 Krankenversichertennummer

(1) Die Krankenkasse verwendet für jeden Versicherten eine Krankenversichertennummer. Die Krankenversichertennummer besteht aus einem unveränderbaren Teil zur Identifikation des Versicherten und einem veränderbaren Teil, der bundeseinheitliche Angaben zur Kassenzugehörigkeit enthält und aus dem bei Vergabe der Nummer an Versicherte nach § 10 sicherzustellen ist, dass der Bezug zu dem Angehörigen, der Mitglied ist, hergestellt werden kann. Der Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversichertennummer haben den Richtlinien nach Absatz 2 zu entsprechen. Die Rentenversicherungsnummer darf nicht als Krankenversichertennummer verwendet werden. Eine Verwendung der Rentenversicherungsnummer zur Bildung der Krankenversichertennummer entsprechend den Richtlinien nach Absatz 2 ist zulässig, wenn nach dem Stand von Wissenschaft und Technik sichergestellt ist, dass nach Vergabe der Krankenversichertennummer weder aus der Krankenversichertennummer auf die Rentenversicherungsnummer noch aus der Rentenversicherungsnummer auf die Krankenversichertennummer zurückgeschlossen werden kann; dieses Erfordernis gilt auch in Bezug auf die vergebende Stelle. Die Prüfung einer Mehrfachvergabe der Krankenversichertennummer durch die Vertrauensstelle bleibt davon unberührt. Wird die Rentenversicherungsnummer zur Bildung der Krankenversichertennummer verwendet, ist für Personen, denen eine Krankenversichertennummer zugewiesen werden muss und die noch keine Rentenversicherungsnummer erhalten haben, eine Rentenversicherungsnummer zu vergeben.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat den Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversichertennummer durch Richtlinien zu regeln. Die Krankenversichertennummer ist von einer von den Krankenkassen und ihren Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennten Vertrauensstelle zu vergeben. Die im Zusammenhang mit der Einrichtung und dem Betrieb der Vertrauensstelle anfallenden Verwaltungskosten werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen finanziert. Die Vertrauensstelle gilt als öffentliche Stelle und unterliegt dem Sozialgeheimnis nach § 35 des Ersten Buches. Sie untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. § 274 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die Richtlinien nicht innerhalb der gesetzten Frist zu Stande oder werden die Beanstandungen nicht innerhalb der vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien erlassen.

(3) Die Vertrauensstelle nach Absatz 2 Satz 2 führt ein Verzeichnis der Krankenversichertennummern. Das Verzeichnis enthält für jeden Versicherten den unveränderbaren und den veränderbaren Teil der Krankenversichertennummer sowie die erforderlichen Angaben, um zu gewährleisten, dass der unveränderbare Teil der Krankenversichertennummer nicht mehrfach vergeben wird. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt das Nähere zu dem Verzeichnis im Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in den Richtlinien nach Absatz 2 Satz 1 fest, insbesondere ein Verfahren des Datenabgleichs zur Gewährleistung eines tagesaktuellen Standes des Verzeichnisses. Das Verzeichnis darf ausschließlich zum Ausschluss und zur Korrektur von Mehrfachvergaben derselben Krankenversichertennummer verwendet werden. Um Mehrfachvergaben derselben Krankenversichertennummer auszuschließen oder zu korrigieren, übermitteln die Krankenkassen zum Zweck des Datenabgleichs gemäß dem Verfahren nach Satz 3 die dafür erforderlichen Sozialdaten an die in § 362 Absatz 1 genannten Stellen, die

den unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer nutzen; dabei gilt für die in § 362 Absatz 1 genannten Stellen § 35 des Ersten Buches entsprechend.

(4) Die Krankenversichertennummer eines Versicherten darf im Rahmen der Telematikinfrastruktur von Anbietern und Nutzern von Anwendungen und Diensten im Sinne von § 306 Absatz 4 Satz 1 und 2 zur eindeutigen Identifikation des Versicherten verwendet werden, soweit dies für die eindeutige Zuordnung von Daten und Diensten bei der Nutzung dieser Anwendungen und Dienste erforderlich ist.

§ 365 Vereinbarung über technische Verfahren zur Videosprechstunde in der vertragsärztlichen Versorgung

(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbart mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. die Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden, insbesondere Einzelheiten hinsichtlich der Qualität und der Sicherheit, und die Anforderungen an die technische Umsetzung. [...]

§ 404 Standardtarif für Personen ohne Versicherungsschutz

(1) Personen, die weder

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

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

(2) Der Beitrag von im Standardtarif nach Absatz 1 versicherten Personen darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 257 Absatz 2a Satz 1 Nummer 2 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung nicht überschreiten; die dort für Ehegatten oder Lebenspartner vorgesehene besondere Beitragsbegrenzung gilt für nach Absatz 1 versicherte Personen nicht. § 152 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes, § 26 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 des Zweiten Buches sowie § 32 Absatz 5 des Zwölften Buches gelten für nach Absatz 1 im Standardtarif versicherte

Personen entsprechend.

(3) Eine Risikoprüfung ist nur zulässig, soweit sie für Zwecke des finanziellen Spitzenausgleichs nach § 257 Absatz 2b in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung oder für spätere Tarifwechsel erforderlich ist. Abweichend von § 257 Absatz 2b in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung sind im finanziellen Spitzenausgleich des Standardtarifs für Versicherte nach Absatz 1 die Begrenzungen gemäß Absatz 2 sowie die durch das Verbot von Risikozuschlägen gemäß Absatz 1 Satz 3 auftretenden Mehraufwendungen zu berücksichtigen.

(4) Die gemäß Absatz 1 abgeschlossenen Versicherungsverträge im Standardtarif werden zum 1. Januar 2009 auf Verträge im Basistarif nach § 152 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes umgestellt.

Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI)

– Gesetzliche Rentenversicherung –

§ 3 Sonstige Versicherte

Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit,

1. für die ihnen Kindererziehungszeiten anzurechnen sind (§ 56),
 - 1a. in der sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung oder einer privaten Pflege-Pflichtversicherung hat,
 2. in der sie aufgrund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten,
 - 2a. in der sie sich in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterwendungsgesetzes befinden, wenn sich der Einsatzunfall während einer Zeit ereignet hat, in der sie nach Nummer 2 versicherungspflichtig waren; sind zwischen dem Einsatzunfall und der Einstellung in ein Wehrdienstverhältnis besonderer Art nicht mehr als sechs Wochen vergangen, gilt das Wehrdienstverhältnis besonderer Art als mit dem Tag nach Ende einer Versicherungspflicht nach Nummer 2 begonnen,
 - 2b. in der sie als ehemalige Soldaten auf Zeit Übergangsgebührnisse beziehen, es sei denn, sie sind für die Zeiten als Soldaten auf Zeit nach § 186 nachversichert worden,
 3. für die sie von einem Leistungsträger Krankengeld, Verletztengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld oder von der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung Pflegeunterstützungsgeld beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung zuletzt versicherungspflichtig waren; der Zeitraum von einem Jahr verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches,
 - 3a. für die sie von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des

Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit das Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn dieser Zahlung zuletzt versicherungspflichtig waren; der Zeitraum von einem Jahr verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches,

4. für die sie Vorruestandsgeld beziehen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren.

Pflegepersonen, die für ihre Tätigkeit von dem oder den Pflegebedürftigen ein Arbeitsentgelt erhalten, das das dem Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne des § 37 des Elften Buches nicht übersteigt, gelten als nicht erwerbsmäßig tätig; sie sind insoweit nicht nach § 1 Satz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig. Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die daneben regelmäßig mehr als 30 Stunden wöchentlich beschäftigt oder selbständig tätig sind, sind nicht nach Satz 1 Nr. 1a versicherungspflichtig. Wehrdienstleistende oder Zivildienstleistende, die für die Zeit ihres Dienstes Arbeitsentgelt weitererhalten oder Leistungen an Selbständige nach § 6 des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, sind nicht nach Satz 1 Nr. 2 versicherungspflichtig; die Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit gilt in diesen Fällen als nicht unterbrochen. Trifft eine Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit einer Versicherungspflicht nach § 1 Satz 1 Nr. 2 oder 3 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind. Die Versicherungspflicht nach Satz 1 Nummer 2b bis 4 erstreckt sich auch auf Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben.

§ 15 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach den §§ 15, 15a und 31 Absatz 1 Nummer 2, die nach Art und Schwere der Erkrankung erforderlich sind, werden durch Rehabilitationseinrichtungen erbracht, die unter ständiger ärztlicher Verantwortung und Mitwirkung von besonders geschultem Personal entweder vom Träger der Rentenversicherung selbst oder von anderen betrieben werden und nach Absatz 4 zugelassen sind oder als zugelassen gelten (zugelassene Rehabilitationseinrichtungen). Die Rehabilitationseinrichtung braucht nicht unter ständiger ärztlicher Verantwortung zu stehen, wenn die Art der Behandlung dies nicht erfordert. Leistungen einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung sollen für längstens drei Wochen erbracht werden. Sie können für einen längeren Zeitraum erbracht werden, wenn dies erforderlich ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen.

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

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

1. einer Kindererziehung,
2. eines Wehrdienstes oder Zivildienstes,
3. eines Bezuges von Sozialleistungen oder von Vorruestandsgeld

bei ihr versichert sind, in der knappschaftlichen Rentenversicherung durch, wenn diese im letzten Jahr vor Beginn dieser Zeiten zuletzt wegen einer Beschäftigung in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert waren. Die Rentenversicherung für Bezieher von Erwerbsschadensausgleich ist in der knappschaftlichen Rentenversicherung durchzuführen, wenn der Erwerbsschadensausgleich für eine Beschäftigung gewährt wird, für die Beiträge zur knappschaftlichen Rentenversicherung gezahlt werden.

§ 166 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter

(1) Beitragspflichtige Einnahmen sind

1. bei Personen, die als Wehr- oder Zivildienst Leistende versichert sind, 80 Prozent der Bezugsgröße; bei Teilzeitbeschäftigung wird dieser Prozentsatz mit dem Teilzeitanteil vervielfältigt,
- 1a. bei Personen, die als Wehr- oder Zivildienst Leistende versichert sind und Leistungen nach § 5 oder § 8 Absatz 1 Satz 1 jeweils in Verbindung mit Anlage 1 des Unterhalts sicherungsgesetzes erhalten, das Arbeitsentgelt, das dieser Leistung vor Abzug von Steuern und Beiträgen zugrunde liegt oder läge, mindestens jedoch 80 Prozent der Bezugsgröße; bei Teilzeitbeschäftigung wird dieser Prozentsatz mit dem Teilzeitanteil vervielfältigt,
- 1b. bei Personen, die in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes versichert sind, die daraus gewährten Dienstbezüge in dem Umfang, in dem sie bei Beschäftigten als Arbeitsentgelt zu berücksichtigen wären,
- 1c. bei Personen, die als frühere Soldaten auf Zeit Übergangsgebührnisse beziehen, die nach § 11 des Soldatenversorgungsgesetzes gewährten Übergangsgebührnisse; liegen weitere Versicherungsverhältnisse vor, ist beitragspflichtige Einnahme höchstens die Differenz aus der Beitragsbemessungsgrenze und den beitragspflichtigen Einnahmen aus den weiteren Versicherungsverhältnissen,
- 1d. bei Personen, die Erwerbsschadensausgleich nach dem Soldatenentschädigungsgesetz beziehen, der gewährte Erwerbsschadensausgleich,
2. bei Personen, die Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Krankengeld der Sozialen Entschädigung oder Krankengeld oder Soldatenentschädigung beziehen, 80 vom Hundert des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 vom Hundert des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem nicht geringfügigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind, und bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung das dem Krankengeld zugrundeliegende Einkommen nicht zu berücksichtigen ist,
- 2a. bei Personen, die im Anschluss an den Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches Verletztengeld beziehen, monatlich der Betrag von 205 Euro,
- 2b. bei Personen, die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen; wird dieses Krankengeld nach § 47b des Fünften Buches gezahlt, gilt Nummer 2,
- 2c. bei Personen, die Teilarbeitslosengeld beziehen, 80 vom Hundert des dieser Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts,

- 2d. bei Personen, die von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, das diesen Leistungen zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen,
- 2e. bei Personen, die Krankengeld nach § 45 Absatz 1 oder Absatz 1a des Fünften Buches oder Verletztengeld nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches in Verbindung mit § 45 Absatz 1 oder Absatz 1a des Fünften Buches beziehen, 80 vom Hundert des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts oder des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitseinkommens,
- 2f. bei Personen, die Pflegeunterstützungsgeld beziehen, 80 vom Hundert des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts,
3. bei Beziehern von Vorruststandsgeld das Vorruststandsgeld,
4. bei Entwicklungshelfern das Arbeitsentgelt oder, wenn dies günstiger ist, der Betrag, der sich ergibt, wenn die Beitragsbemessungsgrenze mit dem Verhältnis vervielfältigt wird, in dem die Summe der Arbeitsentgelte oder Arbeitseinkommen für die letzten drei vor Aufnahme der nach § 4 Abs. 1 versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit voll mit Pflichtbeiträgen belegten Kalendermonate zur Summe der Beträge der Beitragsbemessungsgrenzen für diesen Zeitraum steht; der Verhältniswert beträgt mindestens 0,6667,
- 4a. bei Personen, die für eine begrenzte Zeit im Ausland beschäftigt sind, das Arbeitsentgelt oder der sich abweichend vom Arbeitsentgelt nach Nummer 4 ergebende Betrag, wenn dies mit der antragstellenden Stelle vereinbart wird; die Vereinbarung kann nur für laufende und künftige Lohn- und Gehaltsabrechnungszeiträume getroffen werden,
- 4b. bei sekundierten Personen das Arbeitsentgelt und die Leistungen nach § 9 des Sekundierungsgesetzes; im Übrigen gilt Nummer 4 entsprechend,
- 4c. bei sonstigen im Ausland beschäftigten Personen, die auf Antrag versicherungspflichtig sind, das Arbeitsentgelt,
5. bei Personen, die für Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind, 80 vom Hundert des zuletzt für einen vollen Kalendermonat versicherten Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens.

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

1. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 5 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 des Elften Buches
 - a) 100 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,

- b) 85 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,
 - c) 70 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,
2. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 4 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer des Elften Buches
- a) 70 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,
 - b) 59,5 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,
 - c) 49 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,
3. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 3 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 3 des Elften Buches
- a) 43 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,
 - b) 36,55 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,
 - c) 30,1 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,
4. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 2 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 des Elften Buches
- a) 27 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,
 - b) 22,95 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,
 - c) 18,9 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht.

Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus (Mehrfachpflege), sind die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 entsprechend dem nach § 44 Absatz 1 Satz 3 des Elften Buches festgestellten prozentualen Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand je pflegebedürftiger Person aufzuteilen. Werden mehrere Pflegebedürftige gepflegt, ergeben sich die beitragspflichtigen Einnahmen jeweils nach den Sätzen 1 und 2.

(3) (weggefallen)

§ 166 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter (in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung)

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

1. Schwerpflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 3 Elftes Buch)
 - a) 80 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 28 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 - b) 60 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 - c) 40 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,
2. Schwerpflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 2 Elftes Buch)
 - a) 53,3333 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 - b) 35,5555 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,
3. erheblich Pflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 1 Elftes Buch) 26,6667 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird.

Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, sind beitragspflichtige Einnahmen bei jeder Pflegeperson der Teil des Höchstwerts der jeweiligen Pflegestufe, der dem Umfang ihrer Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Umfang der Pflegetätigkeit insgesamt entspricht. Pflegetätigkeiten im Sinne des Absatzes 3 bleiben bei der Berechnung nach Satz 2 unberücksichtigt.

(3) Besteht Versicherungspflicht als Pflegeperson nur, weil mehrere Pflegebedürftige gepflegt werden, sind beitragspflichtige Einnahmen 26,6667 vom Hundert der Bezugsgröße. Die Aufteilung der beitragspflichtigen Einnahmen berechnet sich nach dem Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Umfang der Pflegetätigkeit der Pflegeperson insgesamt.

§ 170 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

(1) Die Beiträge werden getragen

1. bei Wehr- oder Zivildienstleistenden, früheren Soldaten auf Zeit während des Bezugs von Übergangsgebührennissen nach dem Soldatenversorgungsgesetz, Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsge setzes und für Kindererziehungszeiten vom Bund,
2. bei Personen, die
 - a) Krankengeld oder Verletzungsgeld beziehen, von den Beziehern der Leistung und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen und diese Leistungen nicht in Höhe der Leistungen der Bundesagentur für Arbeit zu zahlen sind, im Übrigen vom Leistungsträger; die Beiträge werden auch dann von den Leistungsträgern getragen, wenn die Bezieher der Leistung zur Berufsausbildung beschäftigt sind und das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt,
 - b) Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld beziehen, von den Leistungsträgern,

- c) Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, vom Leistungsträger,
 - d) für Personen, die Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutzimmzellen oder anderen Blutbestandteilen erhalten, von der Stelle, die die Leistung erbringt; wird die Leistung von mehreren Stellen erbracht, sind die Beiträge entsprechend anteilig zu tragen,
 - e) Pflegeunterstützungsgeld beziehen, von den Beziehern der Leistung zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im Übrigen
 - aa) von der Pflegekasse, wenn der Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist,
 - bb) von dem privaten Versicherungsunternehmen, wenn der Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfrei ist,
 - cc) von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig, wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge hat und in der sozialen Pflegeversicherung oder bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert ist; ist ein Träger der Rentenversicherung Festsetzungsstelle für die Beihilfe, gelten die Beiträge insoweit als gezahlt; dies gilt auch im Verhältnis der Rentenversicherungsträger untereinander;
3. bei Bezug von Vorruststandsgeld von den Beziehern und den zur Zahlung des Vorruststandsgeldes Verpflichteten je zur Hälfte,
 4. bei Entwicklungshelfern, bei Personen, die für eine begrenzte Zeit im Ausland beschäftigt sind, bei sekundierten Personen oder bei sonstigen im Ausland beschäftigten Personen von den antragstellenden Stellen,
 - 4a. bei Personen, die Erwerbsschadensausgleich nach dem Soldatenentschädigungsge-setz beziehen, von der antragstellenden Stelle.
 5. bei Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld von den Versicherten selbst,
 6. bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen, die einen
 - a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von der Pflegekasse,
 - b) in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfreien Pflegebedürftigen pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,
 - c) Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig; ist ein Träger der Rentenversicherung Festsetzungsstelle für die Beihilfe, gelten die Beiträge insoweit als gezahlt; dies gilt auch im Verhältnis der Rentenversicherungsträger untereinander.

(2) Bezieher von Krankengeld, Pflegeunterstützungsgeld oder Verletztengeld, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind, tragen die Beiträge in Höhe des Vomhundertsatzes, den sie zu tragen hätten, wenn sie in der allgemeinen Rentenversicherung versichert wären; im Übrigen tragen die Beiträge die Leistungsträger. Satz 1 gilt entsprechend für Bezieher von Vorruhestandsgeld, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind.

§ 173 Grundsatz

Die Beiträge sind, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, von denjenigen, die sie zu tragen haben (Beitragsschuldner), unmittelbar an die Träger der Rentenversicherung zu zahlen.

§ 176 Beitragszahlung und Abrechnung bei Bezug von Sozialleistungen, bei Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen

(1) Soweit Personen, die Krankengeld, Pflegeunterstützungsgeld oder Verletztengeld beziehen, an den Beiträgen zur Rentenversicherung beteiligt sind, zahlen die Leistungsträger die Beiträge an die Träger der Rentenversicherung. Als Leistungsträger gelten bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld auch private Versicherungsunternehmen, Festsetzungsstellen für die Beihilfe und Dienstherren. Für den Beitragsabzug gilt § 28g Satz 1 des Vierten Buches entsprechend.

(2) Das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge für Bezieher von Sozialleistungen können die Leistungsträger und die Deutsche Rentenversicherung Bund durch Vereinbarung regeln. Bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld gilt § 176a entsprechend.

(3) Ist ein Träger der Rentenversicherung Träger der Rehabilitation, gelten die Beiträge als gezahlt. Satz 1 gilt entsprechend bei Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen oder entsprechenden Leistungen bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches.

§ 191 Meldepflichten bei sonstigen versicherungspflichtigen Personen

Eine Meldung nach § 28a Abs. 1 bis 3 des Vierten Buches haben zu erstatten

1. für Seelotsen die Lotsenbrüderschaften,
2. für Personen, für die Beiträge aus Sozialleistungen zu zahlen sind, die Leistungsträger und für Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld die soziale oder private Pflegeversicherung,
3. für Personen, die Vorruhestandsgeld beziehen, die zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten,
4. für Entwicklungshelfer, für Personen, die für eine begrenzte Zeit im Ausland beschäftigt sind, für sekundierte Personen oder für sonstige im Ausland beschäftigte Personen die antragstellenden Stellen.

§ 28a Abs. 5 sowie die §§ 28b und 28c des Vierten Buches gelten entsprechend.

Sozialgesetzbuch (SGB), Siebtes Buch (VII)

– Gesetzliche Unfallversicherung –

§ 45 Voraussetzungen für das Verletztengeld

(4) Im Fall der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines durch einen Versicherungsfall verletzten Kindes gilt § 45 des Fünften Buches entsprechend mit der Maßgabe, dass

1. das Verletztengeld 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts beträgt und
2. das Arbeitsentgelt bis zu einem Betrag in Höhe des 450. Teils des Höchstjahresarbeitsverdienstes zu berücksichtigen ist.

Erfolgt die Berechnung des Verletztengeldes aus Arbeitseinkommen, beträgt dies 80 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens bis zu einem Betrag in Höhe des 450. Teils des Höchstjahresarbeitsverdienstes.

Sozialgesetzbuch (SGB), Neuntes Buch (IX)

– Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen –

§ 2 Begriffsbestimmungen

(1) Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.

Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI)

– Soziale Pflegeversicherung –

§ 13 Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen

(1) Den Leistungen der Pflegeversicherung gehen folgende Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit vor:

1. Entschädigungsleistungen nach dem Vierzehnten Buch und nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Vierzehnten Buches vorsehen,
2. Entschädigungsleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung,
3. Entschädigungsleistungen aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge und
4. Entschädigungsleistungen nach dem Soldatenentschädigungsgesetz.

(3) Die Leistungen der Pflegeversicherung gehen den Fürsorgeleistungen zur Pflege

1. nach dem Zwölften Buch,
2. nach dem Lastenausgleichsgesetz, dem Reparationsschädengesetz und dem Flüchtlingshilfegesetz
3. (weggefallen)

vor, soweit dieses Buch nichts anderes bestimmt. Leistungen zur Pflege nach diesen Gesetzen sind zu gewähren, wenn und soweit Leistungen der Pflegeversicherung nicht erbracht werden oder diese Gesetze dem Grunde oder der Höhe nach weitergehende Leistungen als die Pflegeversicherung vorsehen. Die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Neunten Buch, die Leistungen zur Teilhabe nach dem Vierzehnten Buch, die Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Soldatenentschädigungsgesetz und die Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch bleiben unberührt, sie sind im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig; die notwendige Hilfe in den Einrichtungen und Räumlichkeiten nach § 71 Abs. 4 ist einschließlich der Pflegeleistungen zu gewähren.

§ 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 pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische

Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,

3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 2 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Medizinische Dienst Bund konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

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

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

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

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

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

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3

2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltags-handlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entschei-dungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sach-verhalten und Infor-mationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elemen-taren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Auffor-derungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Ziffer	Kriterien	nie oder sehr sel-tten	selten (ein-bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)	häufig (zwei-mal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täg-lich)	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhal-tensauffälligkeiten	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 Gegen-ständen	0	1	3	5
3.5.	Physisch aggressives Ver-halten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5

3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien:

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12

Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 – 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	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 Toilettens- stuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.8 sowie die Ausprägung der Kriterien der Ziffern 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung stärker gewichtet.

Die Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung „überwiegend inkontinent“ oder „vollständig inkontinent“ getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt	teilweise	vollständig
4.13	Ernährung parenteral oder über Sonde	0	6	3

Das Kriterium ist mit „entfällt“ (0 Punkte) zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbstständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das Kriterium ist mit „teilweise“ (6 Punkte) zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.

Das Kriterium ist mit „vollständig“ (3 Punkte) zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt.

Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

Einelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.K

Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.13 durch das Kriterium 4.K ersetzt und wie folgt gewertet:

Ziffer	Kriterium	Einelpunkte
4.K	Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen	20

Modul 5: Einelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Das Modul umfasst sechzehn Kriterien.

Einelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einelpunkten gewertet.

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektion (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.1 bis 5.7		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7				
Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal täglich	mindestens einmal bis maximal dreimal täglich	mehr als dreimal bis maximal achtmal täglich	mehr als achtmal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.7 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbstständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.1 bis 5.7 summiert (erfolgt zum Beispiel täglich dreimal eine Medikamentengabe - Kriterium 5.1 - und einmal Blutzuckermessen - Kriterium 5.6 -, entspricht dies vier Maßnahmen pro Tag). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbstständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.8 bis 5.11		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11				
Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis mehrmals wöchentlich	ein- bis unter dreimal täglich	mindestens dreimal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.8 bis 5.11 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.8 bis 5.11 summiert. Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

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

Für das Kriterium der Ziffer 5.12 wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die wöchentlich vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die monatlich vorkommen, erfasst. Kommen Maßnahmen regelmäßig täglich vor, werden 60 Punkte vergeben.

Jede regelmäßige wöchentliche Maßnahme wird mit 8,6 Punkten gewertet. Jede regelmäßige monatliche Maßnahme wird mit zwei Punkten gewertet.

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbstständig	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.13	Arztbesuche	0	4,3	1
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	0	4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0	8,6	2
5.K	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0	4,3	1

Für jedes der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, erfasst. Jeder regelmäßige monatliche Besuch wird mit einem Punkt gewertet. Jeder regelmäßige wöchentliche Besuch wird mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen, werden sie doppelt gewertet.

Die Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K - werden addiert. Die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K - werden anhand der Summe der so erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe	Einzelpunkte
0 bis unter 4,3	0
4,3 bis unter 8,6	1
8,6 bis unter 12,9	2
12,9 bis unter 60	3
60 und mehr	6

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

Die Ausprägung des Kriteriums der Ziffer 5.16 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

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

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

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

Anlage 2

(zu § 15) Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)
Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeit im Modul

Module		Gewich-tung	0 Keine	1 Geringe	2 Er-hebliche	3 Schwei-re	4 Schwers-te	
1	Mobilität	10 %	0-1	2-3	4-5	6-9	10-15	Summe der Einzel-punkte im Modul 1
			0	2,5	5	7,5	10	Gewichte-te Punkte im Modul 1
2	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	0-1	2-5	6-10	11-16	17-33	Summe der Einzel-punkte im Modul 2
3	Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1-2	3-4	5-6	7-65	Summe der Einzel-punkte im Modul 3
	Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3	40 %	0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichte-te Punkte für die Module 2 und 3
4	Selbstversorgung		0-2	3-7	8-18	19-36	37-54	Summe der Einzel-punkte im Modul 4
			0	10	20	30	40	Gewichte-te Punkte im Modul 4

5	Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %	0	1	2-3	4-5	6-15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
6	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %	0	1-3	4-6	7-11	12-18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
			0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte im Modul 6
7	Außerhäusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					
8	Haushaltsführung							

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

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

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind; für die Zeit des Bezugs von Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch bleibt die Versicherungspflicht unberührt,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 des Dritten Buches) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
- 2a. Personen in der Zeit, für die sie Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches beziehen, auch wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden,

3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler, die nach § 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versicherungspflichtig sind,
4. selbständige Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe, in Berufsbildungswerken oder in ähnlichen Einrichtungen für behinderte Menschen für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Berufsfindung oder Arbeitserprobung, es sei denn, sie gehören zu dem Personenkreis des § 151 des Vierzehnten Buches oder des § 81 Absatz 3 des Soldatenentschädigungsgesetzes,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 226 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit oder bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches tätig sind,
8. Behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,
10. Personen, die zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt beschäftigt sind oder die eine Fachschule oder Berufsfachschule besuchen oder eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten (Praktikanten), längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Auszubildende des Zweiten Bildungsweges, die sich in einem nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnittes befinden, sind Praktikanten gleichgestellt
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, 11a, 11b oder 12 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,
12. Personen, die, weil sie bisher keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten, nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Krankenversicherungspflicht unterliegen.

(2) Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Bezieher von Vorruestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruestandsgeld mindestens in Höhe von 65 vom Hundert des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruestandsgesetzes gezahlt wird. Satz 1 gilt nicht für Personen, die im Ausland ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat haben, mit dem für Arbeitnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in diesem Staat keine über- oder zwischenstaatlichen Regelungen über Sachleistungen bei Krankheit bestehen.

- (2a) Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Satz 2 Nr. 1 gelten Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.
- (3) Freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung.
- (4) Nehmen Personen, die mindestens zehn Jahre nicht in der sozialen Pflegeversicherung oder der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig waren, eine dem äußeren Anschein nach versicherungspflichtige Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit von untergeordneter wirtschaftlicher Bedeutung auf, besteht die widerlegbare Vermutung, daß eine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung nach Absatz 1 Nr. 1 oder eine versicherungspflichtige selbständige Tätigkeit nach Absatz 1 Nr. 3 oder 4 tatsächlich nicht ausgeübt wird. Dies gilt insbesondere für eine Beschäftigung bei Familienangehörigen oder Lebenspartnern.

§ 21 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für sonstige Personen

Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung besteht auch für Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Inland, die

1. nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, bis zu deren Außerkrafttreten einen Anspruch auf Heilbehandlung oder Krankenbehandlung hatten,
 - 1a. nach § 42 Absatz 2, 3 oder 4 des Vierzehnten Buches leistungsberechtigt sind,
2. Kriegsschadenrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz beziehen,
3. nach § 145 Absatz 2 Nummer 4 des Vierzehnten Buches oder nach § 84 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Nummer 4 des Soldatenentschädigungsgesetzes ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz weiter erhalten oder Leistungen zum Lebensunterhalt nach § 93 des Vierzehnten Buches beziehen,
4. laufende Leistungen zum Unterhalt und Leistungen der Krankenhilfe nach dem Achten Buch beziehen,
5. krankenversorgungsberechtigt nach dem Bundesentschädigungsgesetz sind,
6. in das Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit berufen worden sind,

wenn sie gegen das Risiko Krankheit weder in der gesetzlichen Krankenversicherung noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind.

§ 22 Befreiung von der Versicherungspflicht

- (1) Personen, die nach § 20 Abs. 3 in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind, können auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn sie nachweisen, dass sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind und für sich und ihre Angehörigen oder Lebenspartner, die bei Versicherungspflicht nach § 25 versichert wären, Leistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels gleichwertig sind. Die befreiten Personen sind ver-

pflichtet, den Versicherungsvertrag aufrechtzuerhalten, solange sie krankenversichert sind. Personen, die bei Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen erhalten, sind zum Abschluss einer entsprechenden anteiligen Versicherung im Sinne des Satzes 1 verpflichtet.

(2) Der Antrag kann nur innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse gestellt werden. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

§ 23 Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen

(3) Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, sind zum Abschluss einer entsprechenden anteiligen beihilfekonformen Versicherung im Sinne des Absatzes 1 verpflichtet, sofern sie nicht nach § 20 Abs. 3 versicherungspflichtig sind. Die beihilfekonforme Versicherung ist so auszustalten, dass ihre Vertragsleistungen zusammen mit den Beihilfeleistungen, die sich bei Anwendung der in § 46 Absatz 2 und 3 der Bundesbeihilfeverordnung festgelegten Bemessungssätze ergeben, den in Absatz 1 Satz 2 vorgeschriebenen Versicherungsschutz gewährleisten.

(4a) Die Absätze 1 und 3 gelten entsprechend für Mitglieder von Solidargemeinschaften, deren Mitgliedschaft gemäß § 176 Absatz 1 des Fünften Buches als ein mit dem Anspruch auf freie Heilfürsorge oder einer Beihilfeberechtigung vergleichbarer Anspruch im Sinne des § 193 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 des Versicherungsvertragsgesetzes gilt und die ohne die Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft nach § 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes verpflichtet wären, eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen. Eine Kündigung des Versicherungsvertrages wird bei fortbestehender Versicherungspflicht erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist. Sofern ein Mitglied bereits gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist, gilt die Versicherungspflicht nach Satz 1 als erfüllt. § 21a Absatz 2 bleibt unberührt.

(5) Die Absätze 1, 3 und 4 gelten nicht für Personen, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und bereits Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach § 74 Satz 1 Nummer 1 des Vierzehnten Buches oder Pflegeleistungen für Geschädigte nach § 146 Absatz 2 des Vierzehnten Buches in Verbindung mit § 43 des Elften Buches, nach § 44 des Siebten Buches, nach § 16 Nummer 8 des Soldatenentschädigungsgesetzes in Verbindung mit § 17 des Soldatenentschädigungsgesetzes, nach § 34 des Beamtenversorgungsgesetzes oder nach Gesetzen erhalten, die eine entsprechende Anwendung des Vierzehnten Buches vorsehen, sofern sie keine Familienangehörigen haben, für die in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 eine Familienversicherung bestünde.

§ 25 Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder nach § 20 Abs. 3 versicherungspflichtig sind,

3. nicht nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind,
4. nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches, überschreitet; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für Familienangehörige, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 oder § 8a des Vierten Buches in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches ausüben, ist ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig.

§ 7 Abs. 1 Satz 3 und 4 und Abs. 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie § 10 Abs. 1 Satz 2 bis 4 des Fünften Buches gelten entsprechend.

(2) Kinder sind versichert:

1. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstplicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt auch bei einer Unterbrechung durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten; wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres; § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend,
4. ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, daß die Behinderung (§ 2 Abs. 1 des Neunten Buches) zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind innerhalb der Altersgrenzen nach den Nummern 1, 2 oder 3 familienversichert war oder die Familienversicherung nur wegen einer Vorrangversicherung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgeschlossen war.

§ 10 Abs. 4 und 5 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach

§ 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach dem Fünften Buch übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

(4) Die Versicherung nach Absatz 2 Nr. 1, 2 und 3 bleibt bei Personen, die auf Grund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst oder die Dienstleistungen oder Übungen nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes leisten, für die Dauer des Dienstes bestehen. Dies gilt auch für Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes.

§ 26a Beitrittsrecht

(1) Personen mit Wohnsitz im Inland, die nicht pflegeversichert sind, weil sie zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung am 1. Januar 1995 trotz Wohnsitz im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht oder der Mitversicherung in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung erfüllten, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Abs. 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Ausgenommen sind Personen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch beziehen sowie Personen, die nicht selbst in der Lage sind, einen Beitrag zu zahlen. Der Beitritt ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären; er bewirkt einen Versicherungsbeginn rückwirkend zum 1. April 2001. Die Vorversicherungszeiten nach § 33 Abs. 2 gelten als erfüllt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 1 Anwendung.

(2) Personen mit Wohnsitz im Inland, die erst ab einem Zeitpunkt nach dem 1. Januar 1995 bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht pflegeversichert sind und keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Abs. 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Vom Beitrittsrecht ausgenommen sind die in Absatz 1 Satz 2 genannten Personen sowie Personen, die nur deswegen nicht pflegeversichert sind, weil sie nach dem 1. Januar 1995 ohne zwingenden Grund eine private Kranken- und Pflegeversicherung aufgegeben oder von einer möglichen Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung keinen Gebrauch gemacht haben. Der Beitritt ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären. Er bewirkt einen Versicherungsbeginn zum 1. Januar 2002. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 3 Anwendung.

(3) Ab dem 1. Juli 2002 besteht ein Beitrittsrecht zur sozialen oder privaten Pflegeversicherung nur für nicht pflegeversicherte Personen, die als Zuwanderer oder Auslandsrückkehrer bei Wohnsitznahme im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie für nicht versicherungspflichtige Personen mit Wohnsitz im Inland, bei denen die Ausschlussgründe nach Absatz 1 Satz 2 entfallen sind. Der Beitritt ist gegenüber der nach § 48 Abs. 2 gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen schriftlich innerhalb von drei Monaten nach Wohnsitznahme im Inland oder nach Wegfall der Ausschlussgründe nach Absatz 1 Satz 2 mit Wirkung vom 1. des Monats zu erklären, der auf die Beitrittserklärung folgt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 3 Anwendung. Das Beitrittsrecht nach Satz 1 ist nicht gegeben in Fällen, in denen ohne zwingenden Grund von den in den Absätzen 1 und 2 geregelten Beitrittsrechten kein Gebrauch gemacht worden ist oder in denen

die in Absatz 2 Satz 2 aufgeführten Ausschlussgründe vorliegen.

§ 42a Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson

(5) [...] Die Vergütung erfolgt nach dem durchschnittlichen Gesamtheimentgelt nach § 87a Absatz 1 Satz 1 aller zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtungen im jeweiligen Land. Das durchschnittliche Gesamtheimentgelt wird durch die Landesverbände der Pflegekassen auf Grundlage der am 31. Dezember des vorangehenden Jahres gültigen Gesamtheimentgelte ermittelt und jeweils ab dem 1. April für die Dauer eines Jahres bis zum 31. März festgelegt. Die Landesverbände haben die jeweilige Festlegung der Vergütungshöhe in geeigneter Weise zu veröffentlichen. [...]

§ 43a Inhalt der Leistung

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 1, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Absatz 2 genannten Aufwendungen 15 Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 des Neunten Buches vereinbarten Vergütung. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 266 Euro nicht überschreiten. Die Sätze 1 und 2 gelten auch für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3, die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des Neunten Buches erhalten. Wird für die Tage, an denen die Pflegebedürftigen im Sinne der Sätze 1 und 3 zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

§ 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

(1) Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 des Vierten Buches wird, erhalten auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist, sowie für eine damit in Zusammenhang stehende Pflege- Pflichtversicherung. Die Zuschüsse belaufen sich auf die Höhe der Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 240 Abs. 4 Satz 1 des Fünften Buches) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Abs. 4) zu entrichten sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. Für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung werden bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 des Fünften Buches zugrunde gelegt. Bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung sowie bei Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, werden der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a des Fünften

Buches zugrunde gelegt. Beschäftigte haben Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, unverzüglich der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem der Pflegebedürftige versichert ist, mitzuteilen.

(4) Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 3 beziehen, erhalten für die Dauer des Leistungsbezuges von den in Absatz 3 bezeichneten Organisationen auf Antrag Zuschüsse zur Krankenversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten. Die Zuschüsse belaufen sich auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung als Leistungsträgeranteil nach § 249c des Fünften Buches aufzubringen wäre, und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. Für die Berechnung nach Satz 3 werden der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a Absatz 2 des Fünften Buches zugrunde gelegt. Für Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 3 beziehen und wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, zahlen die in § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e des Sechsten Buches genannten Stellen auf Antrag Beiträge an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung in der Höhe, wie sie bei Eintritt von Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wären. Die von den in § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e des Sechsten Buches genannten Stellen zu zahlenden Beiträge sind auf die Höhe der Beiträge begrenzt, die von diesen Stellen ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für die Dauer des Leistungsbezugs zu tragen wären; die Beiträge dürfen die Hälfte der in der Zeit des Leistungsbezugs vom Beschäftigten an die berufsständische Versorgungseinrichtung zu zahlenden Beiträge nicht übersteigen.
§ 47a Absatz 2 des Fünften Buches gilt für die Pflegekassen, die Beiträge an berufsständische Versorgungseinrichtungen entrichten, entsprechend.

§ 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung

(1) Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können. Angebote zur Unterstützung im Alltag sind

1. Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),
2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),
3. Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des gemäß Absatz 3 erlassenen Landesrechts. Durch ein Angebot zur Unterstützung im

Alltag können auch mehrere der in Satz 2 Nummer 1 bis 3 genannten Bereiche abgedeckt werden. In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger oder vergleichbar nahestehender Pflegepersonen im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen, Familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.

(2) Angebote zur Unterstützung im Alltag beinhalten die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zur besseren Bewältigung des Pflegealltags, die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorische Hilfestellungen oder andere geeignete Maßnahmen. Die Angebote verfügen über ein Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots sowie eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten enthält. Das Konzept umfasst ferner Angaben zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen sowie dazu, wie eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert werden. Bei wesentlichen Änderungen hinsichtlich der angebotenen Leistungen ist das Konzept entsprechend fortzuschreiben; bei Änderung der hierfür in Rechnung gestellten Kosten sind die entsprechenden Angaben zu aktualisieren.

(3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne der Absätze 1 und 2 einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote und zur regelmäßigen Übermittlung einer Übersicht über die aktuell angebotenen Leistungen und die Höhe der hierfür erhobenen Kosten zu bestimmen. Beim Erlass der Rechtsverordnung sollen sie die gemäß § 45c Absatz 7 beschlossenen Empfehlungen berücksichtigen.

(4) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können eine Kostenersstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag nach § 36 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des nach § 36 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nicht überschreiten. Zur Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 bedarf es keiner vorherigen Antragstellung. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenersstattung nach Satz 1 bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfeststellungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag entstanden sind. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen nach Satz 1 als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung. Ist vor der Auszahlung der Kostenersstattung nach Satz 1 für den

jeweiligen Kalendermonat bereits mehr Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld an den Pflegebedürftigen ausgezahlt worden, als er nach Berücksichtigung des Betrags der zu erstattenden Aufwendungen beanspruchen kann, wird der Kostenerstattungsbetrag insoweit mit dem bereits ausgezahlten Pflegegeldbetrag verrechnet. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5 und 7 bis 9 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt. Die Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b erfolgen unabhängig voneinander.

§ 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung

(1) Der Beitragssatz beträgt, vorbehaltlich des Satzes 2, bundeseinheitlich 3,4 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird grundsätzlich durch Gesetz festgesetzt. Die Bundesregierung wird ermächtigt, den Beitragssatz nach Satz 1 ausschließlich nach Maßgabe des Absatzes 1a durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates anzupassen. Für Personen, bei denen § 28 Abs. 2 Anwendung findet, beträgt der Beitragssatz die Hälfte des Beitragssatzes nach Satz 1.

(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von 1/360 der in § 6 Abs. 7 des Fünften Buches festgelegten Jahresarbeitsentgeltgrenze für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze).

§ 71 Pflegeeinrichtungen

(1a) Auf ambulante Betreuungseinrichtungen, die für Pflegebedürftige dauerhaft pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung erbringen (Betreuungsdienste), sind die Vorschriften dieses Buches, die für Pflegedienste gelten, entsprechend anzuwenden, soweit keine davon abweichende Regelung bestimmt ist.

(3) Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne der Absätze 1 und 2 ist neben dem Abschluss einer Ausbildung als

1. Pflegefachfrau oder Pflegefachmann,
2. Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger,
3. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder
4. Altenpflegerin oder Altenpfleger

eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre erforderlich. Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, gelten auch nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sowie Heilerzieherinnen und Heilerzieher mit einer praktischen Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre als ausgebildete Pflegefachkraft. Bei Betreuungsdiensten kann anstelle der verantwortlichen Pflegefachkraft eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre (verantwortliche Fachkraft) eingesetzt werden. Die Rahmenfrist nach den Sätzen 1, 2 oder 3 beginnt acht Jahre vor dem Tag, zu dem die verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des Absatzes 1 oder 2 bestellt werden soll. Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft ist ferner Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaß-

nahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde. Anerkennungen als verantwortliche Fachkraft, die im Rahmen der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste erfolgt sind, gelten fort. Für die Anerkennung einer verantwortlichen Fachkraft ist ferner ab dem 1. Januar 2023 ebenfalls Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme im Sinne von Satz 5 durchgeführt wurde.

(4) Keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Absatzes 2 sind

1. stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Teilhabe an Bildung oder zur sozialen Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker Menschen oder von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen,
2. Krankenhäuser sowie
3. Räumlichkeiten,
 - a) in denen der Zweck des Wohnens von Menschen mit Behinderungen und der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe für diese im Vordergrund steht,
 - b) auf deren Überlassung das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz Anwendung findet und
 - c) in denen der Umfang der Gesamtversorgung der dort wohnenden Menschen mit Behinderungen durch Leistungserbringer regelmäßig einen Umfang erreicht, der weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht; bei einer Versorgung der Menschen mit Behinderungen sowohl in Räumlichkeiten im Sinne der Buchstaben a und b als auch in Einrichtungen im Sinne der Nummer 1 ist eine Gesamtbetrachtung anzustellen, ob der Umfang der Versorgung durch Leistungserbringer weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht.

§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen schließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Land mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen im Land gemeinsam und einheitlich Rahmenverträge mit dem Ziel, eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Für Pflegeeinrichtungen, die einer Kirche oder Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freimeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenverträge auch von der Kirche oder Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Pflegeeinrichtung angehört. Bei Rahmenverträgen über ambulante Pflege sind die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe oder anderer nach Landesrecht für die Sozialhilfe zuständigen Träger, bei Rahmenverträgen über stationäre Pflege die überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe als Vertragspartei am Vertragsschluß zu beteiligen. Die Rahmenverträge sind für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Inland unmittelbar verbindlich. Sie sind von den Landesverbänden der Pflegekassen zu veröffentlichen.

§ 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

(1) Zur Sicherstellung der körperbezogenen Pflege, der pflegerischen Betreuung sowie der Haushaltsführung im Sinne des § 36 soll die Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, um dem Pflegebedürftigen zu helfen, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen oder dem besonderen Wunsch des Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen; Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind unzulässig. In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Qualität, Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln; § 112 ist entsprechend anzuwenden. Die Vergütungen sind für Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 Absatz 1 zu vereinbaren. In dem Vertrag ist weiter zu regeln, dass die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflegehilfe erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen. Soweit davon abweichend Verträge geschlossen sind, sind sie zu kündigen. Die Sätze 4 und 5 gelten nicht, wenn

1. das Beschäftigungsverhältnis vor dem 1. Mai 1996 bestanden hat und
2. die vor dem 1. Mai 1996 erbrachten Pflegeleistungen von der zuständigen Pflegekasse aufgrund eines von ihr mit der Pflegekraft abgeschlossenen Vertrages vergütet worden sind.

In den Pflegeverträgen zwischen den Pflegebedürftigen und den Pflegekräften sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern vereinbarten Vergütungen zu beschreiben. § 120 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 78a Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen vereinbart im Einvernehmen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe mit dem Hersteller einer digitalen Pflegeanwendung innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme der digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis nach Absatz 3 einen Vergütungsbetrag sowie technische und vertragliche Rahmenbedingungen für die Zurverfügungstellung der digitalen Pflegeanwendungen nach § 40a Absatz 4. Die Vereinbarungen gelten ab dem Zeitpunkt der Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen. Kommt innerhalb der Frist nach Satz 1 keine Einigung zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 134 Absatz 3 des Fünften Buches mit der Maßgabe, dass an die Stelle der zwei Vertreter der Krankenkassen zwei Vertreter der Pflegekassen und an die Stelle der zwei Vertreter der Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen zwei Vertreter der Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen treten. An den Sitzungen der Schiedsstelle können anstelle der Vertreter der Patientenorganisationen nach § 140f des Fünften Buches Vertreter der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 beratend teilnehmen. Der Hersteller übermittelt dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Vorbereitung der Verhandlungen unverzüglich

1. den Nachweis nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 und
2. die Angaben zur Höhe des tatsächlichen Preises bei Abgabe an Selbstzahler und in anderen europäischen Ländern.

Die Hersteller digitaler Pflegeanwendungen stellen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach Aufnahme in das Verzeichnis nach Absatz 3 einen kostenfreien und auf drei Mon-

ate beschränkten Zugang zu den digitalen Pflegeanwendungen zur Verfügung.

(3) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte führt ein barrierefreies Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen. § 139e Absatz 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(5) [...] In seiner Entscheidung stellt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte fest, welche ergänzenden Unterstützungsleistungen für die Nutzung der digitalen Pflegeanwendung erforderlich sind, und informiert die Vertragsparteien nach § 75 Absatz 1, die an Rahmenverträgen über ambulante Pflege beteiligt sind, zeitgleich mit der Aufnahme der digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis nach Absatz 3 hierüber. [...]

§ 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen

(2) In der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden für

1. Maßnahmen einschließlich Kapitalkosten, die dazu bestimmt sind, die für den Betrieb der Pflegeeinrichtung notwendigen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter herzustellen, anzuschaffen, wiederzubeschaffen, zu ergänzen, instandzuhalten oder instandzusetzen; ausgenommen sind die zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter), die der Pflegevergütung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 zuzuordnen sind,
2. den Erwerb und die Erschließung von Grundstücken,
3. Miete, Pacht, Erbbauzins, Nutzung oder Mitbenutzung von Grundstücken, Gebäuden oder sonstigen Anlagegütern,
4. den Anlauf oder die innerbetriebliche Umstellung von Pflegeeinrichtungen,
5. die Schließung von Pflegeeinrichtungen oder ihre Umstellung auf andere Aufgaben.

§ 84 Bemessungsgrundsätze

(8) Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1 und 5, des Absatzes 7 und des § 87a zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Leistungen nach § 43b. Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen abgegolten. Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.

(9) Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1 und 5, des Absatzes 7 und des § 87a zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Unterstützung der Leistungserbringung durch zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.

§ 85 Pflegesatzverfahren

(8) Die Vereinbarung des Vergütungszuschlages nach § 84 Absatz 8 erfolgt auf der Grundlage, dass

1. die stationäre Pflegeeinrichtung für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Pflegebedürftigen über zusätzliches Betreuungspersonal, in vollstationären Pflegeeinrichtungen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,
2. in der Regel für jeden Pflegebedürftigen 5 Prozent der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und
3. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Pflegebedürftige nicht erbracht wird.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind von der stationären Pflegeeinrichtung im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des stationären Pflegevertrages nachprüfbar und deutlich darauf hinzuweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot besteht. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.

(9) Die Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 9 Satz 1 durch die Vertragsparteien nach Absatz 2 erfolgt auf der Grundlage, dass

1. die vollstationäre Pflegeeinrichtung über zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal verfügt,
 - a) das über eine abgeschlossene, landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr verfügt, oder
 - b) das berufsbegleitend eine Ausbildung im Sinne von Buchstabe a begonnen hat oder
 - c) für das die vollstationäre Pflegeeinrichtung sicherstellt, dass es spätestens bis zum Ablauf von zwei Jahren nach Vereinbarung des Vergütungszuschlages nach § 84 Absatz 9 Satz 1 oder nach der Mitteilung nach Absatz 11 Satz 1 eine berufsbegleitende, landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege beginnen wird, die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BAnz AT 17.02.2016 B3) erfüllt, es sei denn, dass der Beginn oder die Durchführung dieser Ausbildung aus Gründen, die die Einrichtung nicht zu vertreten hat, unmöglich ist,
2. zusätzliche Stellenanteile im Umfang von bis zu 0,016 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 oder 2, 0,025 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3, 0,032 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 und 0,036 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5, mindestens aber 0,5 Vollzeitäquivalenten, für den Pflegesatzzeitraum finanziert werden,
3. notwendige Ausbildungsaufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal, das eine Ausbildung im Sinne von Nummer 1 Buchstabe b oder c durchläuft, finanziert werden, soweit diese Aufwendungen nicht von einer anderen Stelle finanziert werden,

4. die Aufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal weder bei der Be-messung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden und
5. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungs-zuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die vollstationäre Pflegeeinrichtung nicht über zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal verfügt, das über das nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhaltende Per-sonal hinausgeht.

Bei Pflegehilfskräften, die sich im Sinne von Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b oder c in einer Ausbildung befinden, kann die Differenz zwischen dem Gehalt einer Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung nur berücksichtigt werden, wenn die Pflegehilfskraft beruflich insgesamt ein Jahr tätig war. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.

§ 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung

(1) Die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe und der ergänzenden Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Sie muss leistungsgerecht sein. Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos. Eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

§ 90 Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe zu erlassen, soweit die Versorgung von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfasst ist. Die Vergütung muss leistungsgerecht sein, den Bemessungsgrundsätzen nach § 89 entsprechen und hinsichtlich ihrer Höhe regionale Unterschiede berücksichtigen. § 82 Abs. 2 gilt entsprechend. In der Verordnung ist auch das Nähere zur Abrechnung der Vergütung zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten zu regeln.

(2) Die Gebührenordnung gilt nicht für die Vergütung von ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe durch Familienangehörige und sonstige Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben. Soweit die Gebührenordnung Anwendung findet, sind die davon betroffenen Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonen nicht berechtigt, über die Berechnung der Gebühren hinaus weitergehende Ansprüche an die Pflegebedürftigen oder deren Kostenträger zu stellen.

§ 110 Regelungen für die private Pflegeversicherung

(1) Um sicherzustellen, dass die Belange der Personen, die nach § 23 zum Abschluss eines Pflegeversicherungsvertrages bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet sind, ausreichend gewahrt werden und dass die Verträge auf Dauer erfüllbar bleiben, ohne die Interessen der Versicherten anderer Tarife zu vernachlässigen, werden die im

Geltungsbereich dieses Gesetzes zum Betrieb der Pflegeversicherung befugten privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet,

1. mit allen in § 22 und § 23 Abs. 1, 3 und 4 genannten versicherungspflichtigen Personen auf Antrag einen Versicherungsvertrag abzuschließen, der einen Versicherungsschutz in dem in § 23 Abs. 1 und 3 festgelegten Umfang vorsieht (Kontrahierungszwang); dies gilt auch für das nach § 23 Abs. 2 gewählte Versicherungsunternehmen,
2. in den Verträgen, die Versicherungspflichtige in dem nach § 23 Abs. 1 und 3 vorgeschriebenen Umfang abschließen,
 - a) keinen Ausschluss von Vorerkrankungen der Versicherten,
 - b) keinen Ausschluss bereits pflegebedürftiger Personen,
 - c) keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung (§ 33 Abs. 2),
 - d) keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten,
 - e) keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt, bei Personen, die nach § 23 Abs. 3 einen Teilkostentarif abgeschlossen haben, keine Prämienhöhe, die 50 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung übersteigt,
 - f) die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 festgelegt,
 - g) für Ehegatten oder Lebenspartner ab dem Zeitpunkt des Nachweises der zur Inanspruchnahme der Beitragsermäßigung berechtigenden Umstände keine Prämie in Höhe von mehr als 150 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das die in § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 genannten Einkommensgrenzen überschreitet,

vorzusehen.

(2) Die in Absatz 1 genannten Bedingungen gelten für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes Mitglied bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen sind oder sich nach Artikel 41 des Pflege-Versicherungsgesetzes innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. Die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 Buchstabe a bis f genannten Bedingungen gelten auch für Verträge mit Personen, die im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind. Für Personen, die im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach § 152 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vermindert, und für Personen, die Mitglied in einer in § 176 Absatz 1 des Fünften Buches genannten Solidargemeinschaft sind und deren Beitrag zur Solidargemeinschaft sich nach § 176 Absatz 5 des Fünften Buches vermindert, darf der Beitrag 50 vom Hundert des sich nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e ergebenden Beitrags nicht übersteigen; die Beitragsbegrenzung für Ehegatten oder Lebenspartner nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe g gilt für diese Versicherten nicht. Würde allein durch die Zahlung des Beitrags zur Pflegeversicherung nach Satz 2 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches entstehen, gilt Satz 3 entsprechend;

die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen.

(3) Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die erst nach Inkrafttreten dieses Gesetzes Mitglied eines privaten Krankenversicherungsunternehmens mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen werden oder die der Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügen, gelten, sofern sie in Erfüllung der Vorsorgepflicht nach § 22 Abs. 1 und § 23 Absatz 1, 3, 4 und 4a geschlossen werden und Vertragsleistungen in dem in § 23 Abs. 1 und 3 festgelegten Umfang vorsehen, folgende Bedingungen:

1. Kontrahierungszwang,
2. kein Ausschluss von Vorerkrankungen der Versicherten,
3. keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht,
4. keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung,
5. für Versicherungsnehmer, die über eine Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in ihrer privaten Pflegeversicherung oder privaten Krankenversicherung verfügen, keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt; Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e gilt,
6. beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 festgelegt.

(4) Rücktritts- und Kündigungsrechte der Versicherungsunternehmen sind ausgeschlossen, solange der Kontrahierungszwang besteht.

(5) Die Versicherungsunternehmen haben den Versicherten Akteneinsicht zu gewähren. Sie haben die Berechtigten über das Recht auf Akteneinsicht zu informieren, wenn sie das Ergebnis einer Prüfung auf Pflegebedürftigkeit mitteilen. § 25 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

§ 142a Übergangsregelung für eine telefonische Begutachtung

(1) Um die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ergänzend oder alternativ zu einer Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich zu ermöglichen, hat der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Richtlinien nach § 17 Absatz 1 unter Berücksichtigung der Maßgaben des Absatzes 2 anzupassen. § 17 Absatz 1 Satz 2 bis 6 findet Anwendung.

(2) Den Anpassungen nach Absatz 1 sind die Ergebnisse mindestens einer durch den Medizinischen Dienst Bund oder durch einen Medizinischen Dienst nach § 278 des Fünften Buches beauftragten pflegewissenschaftlichen Studie zugrunde zu legen, die fachlich begründete Aussagen dazu trifft, ob, in welchen Fallkonstellationen und jeweils unter welchen Voraussetzungen eine Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch ein strukturiertes telefonisches Interview ergänzend oder alternativ zur Untersuchung des Antragstellers in seinem Wohnbereich erfolgen kann. Die Studien nach Satz 1 haben ebenfalls Aussagen darüber zu beinhalten, ob die Ergebnisse zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch ein strukturiertes telefonisches Interview im Hinblick auf den festzustellenden Pflegegrad und die gutachterlichen Empfehlungen und Stellungnahmen nach dem Zweiten Kapitel den Ergebnissen einer persönlichen Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich

gleichzusetzen sind. Eine Begutachtung aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ist ausgeschlossen, wenn

1. es sich um eine erstmalige Untersuchung des Antragstellers handelt, in der geprüft wird, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt,
2. es sich um eine Untersuchung aufgrund eines Widerspruchs gegen eine Entscheidung der Pflegekasse zum festgestellten Pflegegrad handelt,
3. es sich um eine Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern handelt oder
4. die der Begutachtung unmittelbar vorangegangene Begutachtung das Ergebnis enthält, dass Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 Absatz 1 nicht vorliegt.

Sowohl Personen- und Altersgruppen als auch Begutachtungsanlässe und Begutachtungssituationen, in denen eine Begutachtung durch ein strukturiertes telefonisches Interview aus fachlicher Sicht entweder nicht oder nur bei Anwesenheit einer weiteren Person, die die antragstellende Person bei der Begutachtung unterstützt, angezeigt ist, sind in den Anpassungen nach Absatz 1 abschließend aufzuführen. Für Fallkonstellationen nach Satz 4 ist eine ergänzende oder alternative Begutachtung aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ausgeschlossen oder, sofern die Anwesenheit einer weiteren Person zur Unterstützung bei der Begutachtung angezeigt ist, nur bei Anwesenheit einer weiteren Person möglich; die Anwesenheit der Unterstützungs person ist vor Beginn der Begutachtung festzustellen. Gutachterinnen und Gutachter, die strukturierte telefonische Interviews durchführen, müssen über Vorerfahrungen in der Begutachtung mittels persönlicher Untersuchung von Versicherten in deren Wohnbereich verfügen; weitere Einzelheiten zu der Qualifikation von Gutachterinnen und Gutachtern sind in den Anpassungen nach Absatz 1 vorzugeben.

(3) § 17 Absatz 2 findet Anwendung. Eine Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit wird frühestens am 15. August 2023 wirksam. Die Nichtbeanstandung der nach Absatz 1 angepassten Richtlinien kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Erfüllung dieser Auflagen eine angemessene Frist setzen.

(4) Mit Wirksamwerden der nach Absatz 1 vorgenommenen Anpassungen der Richtlinien nach § 17 Absatz 1 kann abweichend von den entsprechenden Bestimmungen des Zweiten Kapitels die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad ergänzend oder alternativ zur Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews, das auch per Videotelefonie durchgeführt werden kann, erfolgen; bei der Durchführung der Begutachtung per Videotelefonie sind die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten. Der Wunsch des Antragstellers, persönlich in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, geht einer Begutachtung durch ein strukturiertes telefonisches Interview vor. Der Antragsteller ist über sein Wahlrecht nach Satz 2 durch die Gutachterin oder den Gutachter zu informieren; die Entscheidung des Antragstellers ist im Begutachtungsformular schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren.

(5) Der Medizinische Dienst Bund berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2024 über die Erfahrungen der Medizinischen Dienste mit der Durchführung von strukturierten telefonischen Interviews zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und über erforderliche Änderungsbedarfe in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1. Für die Berichterstattung nach Satz 1 beauftragt der Medizinische Dienst Bund eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit der begleitenden Evaluation von

Begutachtungen, die auf Grundlage der Anpassungen nach Absatz 1 durchgeführt werden; der Evaluationsbericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich vorzulegen.

§ 145 Besitzstandsschutz für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen in häuslicher Pflege

Für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen, die am 1. Januar 2017 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege haben und in einer Wohnform leben, auf die § 43a in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung keine Anwendung findet, findet § 43a auch in der ab dem 1. Januar 2020 geltenden Fassung keine Anwendung. Wechseln diese pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen nach dem 1. Januar 2017 die Wohnform, findet Satz 1 keine Anwendung, solange sie in einer Wohnform leben, auf die § 43a in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung Anwendung gefunden hätte, wenn sie am 1. Januar 2017 in einer solchen Wohnform gelebt hätten.

Sozialgesetzbuch (SGB), Zwölftes Buch (XII)

– Sozialhilfe –

§ 63b Leistungskonkurrenz

(6) Pflegebedürftige, die ihre Pflege im Rahmen des Arbeitgebermodells sicherstellen, können nicht auf die Inanspruchnahme von Sachleistungen nach dem Elften Buch verwiesen werden. In diesen Fällen ist das geleistete Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege anzurechnen.

Gesetz über die Rechtsstellung der Soldaten (Soldatengesetz - SG)

§ 58b Freiwilliger Wehrdienst als besonderes staatsbürgerliches Engagement

(1) Frauen und Männer können sich verpflichten, freiwilligen Wehrdienst als besonderes staatsbürgerliches Engagement zu leisten. Der freiwillige Wehrdienst als besonderes staatsbürgerliches Engagement besteht aus einer sechsmonatigen Probezeit und bis zu 17 Monaten anschließendem Wehrdienst.

(2) Die §§ 37 und 38 gelten entsprechend.

Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz - VVG)

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechen-

den Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

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

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Ab-

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

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

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

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

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

(5) Der Versicherer ist verpflichtet,

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

zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und deren Vertrag nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wird,

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

1. den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder
2. vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist.

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

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

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



Tarif ottonova Study Secure Premium Krankheitskostenvollversicherung

gültig in Verbindung mit AVB/KKV

Ausgabe 06/2024

ottonova Study Secure Premium tariff comprehensive health insurance

valid in conjunction with AVB/KKV

Issue 06/2024

 Soweit in diesem Dokument Texte in deutscher und englischer Sprache enthalten sind, weisen wir darauf hin, dass die englischen Texte lediglich eine nicht bindende Übersetzung für eine leichtere Lesbarkeit sind. Die deutschen Texte sind rechtlich bindend.
The German version is legally binding and shall prevail. The English translation is a non-binding version for your information only.

Inhaltsübersicht

(I) Allgemeines	4
(A) Versicherungsfähigkeit	4
(1) Versicherungsfähig	4
(2) Mitversicherbar	4
(B) Beitragszahlung	4
(C) Beitragsanpassung	4
(D) Ende und Fortführung der Versicherung	4
(1) Ende	4
(2) Fortführung	5
(E) Leistungen im Ausland	5
(II) Umfang der Leistungspflicht von ottonova	5
(A) Allgemeines	6
(1) Erstattungsfähigkeit	6
(2) Keine Erstattungsfähigkeit	6
(B) Wartezeiten	7
(1) Zahnleistungen	7
(2) Entbindung und Psychotherapie	7
(3) Entfall der Wartezeit	7
(4) Anrechnen von Wartezeiten	7
(5) Vertragsänderung	7
(C) Gebührenordnungen	8
(D) Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Leistungen	8
(1) Primärärzte	8
(2) Weiterbehandlung: Überweisung durch Primärärzte	8
(3) Einschaltung des Concierge-Services von ottonova statt Überweisung durch Primärarzt	9
(4) Folgen, sofern das Primärarztprinzip nicht beachtet wird	9
(5) Naturmedizin durch Ärzte	9
(6) Ambulante Psychotherapie	9

(I) General	4
(A) Insurability	4
(1) Eligibility for insurance cover	4
(2) Co-insurable	4
(B) Payment of premiums	4
(C) Premium adjustment	4
(D) End and continuation of the insurance	4
(1) End	4
(2) Continuation	5
(E) Benefits abroad	5
(II) Scope of ottonova's obligation to pay benefits	5
(A) General information	6
(1) Eligibility for reimbursement	6
(2) No eligibility for reimbursement	6
(B) Waiting times	7
(1) Dental benefits	7
(2) Confinement and psychotherapy	7
(3) Cancellation of the waiting period	7
(4) Crediting of waiting periods	7
(5) Contract amendment	7
(C) Schedule of fees	8
(D) Outpatient medical and psychotherapeutic services	8
(1) Primary physicians	8
(2) Further treatment: referral by primary physicians	8
(3) Use of ottonova's concierge service instead of referral by primary doctor	9
(4) Consequences if the primary physician principle is not observed	9
(5) Natural medicine by doctors	9
(6) Outpatient psychotherapy	9

(E) Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel	9
(1) Allgemeines	9
(2) Arznei- und Verbandmittel	10
(3) Heilmittel.....	10
(4) Hilfsmittel.....	10
(F) Leistungen einer Hebamme bzw. eines Entbindungsgebers, Geburtshäuser.....	11
(G) Sonstige ambulante Leistungen	12
(1) Häusliche Pflege.....	12
(2) Ambulante Palliativversorgung	12
(3) Soziotherapie.....	12
(4) Vergütungshöhe.....	12
(H) Krankhausaufenthalt wegen einer akutstationären Behandlung	13
(1) Erstattungsfähige Aufwendungen.....	13
(2) Ersatzkrankenhaustagegeld	13
(I) Genesungsgeld	14
(J) Rehabilitationsmaßnahmen	14
(1) Anschlussheilbehandlung (AHB).....	14
(2) Entwöhnungsbehandlung	15
(3) Sonstige Rehabilitationsmaßnahmen, auch Kur- und Sanatoriumsbehandlung	15
(K) Stationäre oder teilstationäre Hospizleistungen	16
(L) Übergangspflege im Krankenhaus	16
(M) Rettungs- und Krankentransporte, Krankenfahrten und Bergungen	16
(1) Rettungs- und Krankentransporte	16
(2) Krankenfahrten	17
(3) Bergungen	17
(N) Rücktransport nach Deutschland und Leistungen im Todesfall im Ausland.....	18
(1) Rücktransport der versicherten Person aus dem Ausland.....	18
(2) Festlegung der Mehrkosten.....	18
(3) Überführung des Leichnams im Todesfall	18
(O) Ambulante zahnärztliche Behandlung	18
(1) Allgemeines	18
(2) Zahnbehandlung	19
(3) Individualprophylaxe.....	19
(4) Zahnersatz	19
(5) Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.....	19
(6) Kieferorthopädische Leistungen	20
(7) Heil- und Kostenplan	20
(P) Stationär erbrachte zahnärztliche Behandlung	20
(Q) Digitale Gesundheitsanwendungen	20

(E) Medicines and dressings, remedies, aids	9
(1) General information	9
(2) Medicines and dressings.....	10
(3) Remedies.....	10
(4) Medical aids.....	10
(F) Midwifery services and birth centres.....	11
(G) Other outpatient services.....	12
(1) At-home care	12
(2) Outpatient palliative care	12
(3) Social therapy	12
(4) Amount of remuneration	12
(H) Hospitalisation for acute inpatient treatment.....	13
(1) Expenses eligible for reimbursement.....	13
(2) Compensatory daily hospital allowance	13
(I) Convalescence allowance	14
(J) Rehabilitation measures.....	14
(1) Convalescent treatment.....	14
(2) Weaning treatment.....	15
(3) Other rehabilitation measures, including health spa and sanatorium treatment	15
(K) Residential or semi-residential hospice services	16
(L) Transitional care in hospital.....	16
(M) Emergency and transport ambulance services, patient transport ambulance services and rescues.....	16
(1) Emergency and transport ambulance services	16
(2) Patient transport without medical support	17
(3) Rescues	17
(N) Repatriation to Germany and benefits in the event of death abroad.....	18
(1) Repatriation of the insured person from abroad.....	18
(2) Determination of additional costs.....	18
(3) Transfer of the body in the event of death	18
(O) Outpatient dental treatment.....	18
(1) General information	18
(2) Dental treatment	19
(3) Individual prophylaxis	19
(4) Dentures	19
(5) Functional analysis and functional therapeutic services	19
(6) Orthodontic services.....	20
(7) Treatment plan and cost schedule.....	20
(P) Inpatient dental treatment	20
(Q) Digital health applications	20

(I) Allgemeines

(A) Versicherungsfähigkeit

(1) Versicherungsfähig

Versicherungsfähig sind Personen ab dem vollendeten 16. Lebensjahr bis maximal zur Vollendung des 39. Lebensjahrs, die sich in einer Ausbildung befinden (z.B. Studium), zu diesem Zweck einen befristeten Aufenthaltstitel in Deutschland haben und für die weder Versicherungsschutz in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), noch Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall bzw. freie Heilfürsorge besteht.

(2) Mitversicherbar

Mitversicherbar ist ab dem vollendeten 16. Lebensjahr bis maximal zur Vollendung des 39. Lebensjahrs der nicht berufstätige Ehegatte und staatlich anerkannte Lebenspartner, der in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person in Deutschland lebt.

(B) Beitragszahlung

Es gelten die Bestimmungen von § 8 AVB/KKV mit der Maßgabe, dass keine Alterungsrückstellung gebildet wird. Abweichend von § 8 (1) b) AVB/KKV beginnen die Beiträge der Erwachsenen ab Vollendung des 16. Lebensjahres.

Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter und der zugehörigen Altersgruppe (Alter: 16-29 und 30-38). Bei Vollendung des 30. Lebensjahres ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Der betroffene Monatsbeitrag setzt sich anteilig zusammen.

(C) Beitragsanpassung

Abweichend von § 9 (1) b) AVB/KKV gilt:

Ergibt die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 10 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des mathematischen Treuhänders angepasst. Von einer Beitragsanpassung wird abgesehen, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als nur vorübergehend anzusehen ist.

(D) Ende und Fortführung der Versicherung

(1) Ende

Die Versicherung endet mit dem Wegfall der Versicherungsfähigkeit gemäß (I) (A). Für alle versicherten Personen endet die Versicherung spätestens 60 Monate nach Versicherungsbeginn der gemäß (I) (A) versicherten Person. Sofern diese unmittelbar vor Beginn der Versicherung bereits in einem anderen Tarif für Ausländer mit befristeter Aufenthaltsgenehmigung versichert war, werden die dort zurückgelegten Versicherungszeiten auf die 60 Monate angerechnet. Ebenfalls endet die Versicherung mit der Erteilung eines unbefristeten Aufenthaltstitels oder mit dem Wegfall der Aufenthaltserlaubnis in Deutschland.

(I) General

(A) Insurability

(1) Eligibility for insurance cover

Persons from the age of 16 up to the age of 39 who are in education (e.g. studying), who have a temporary residence permit in Germany for this purpose and for whom there is neither insurance cover in the German statutory health insurance scheme (GKV) nor an entitlement to reimbursement of healthcare costs by a civil servant's employer or free military welfare are eligible for insurance.

(2) Co-insurable

From the age of 16 until the age of 39 at the latest, the non-working spouse or government-recognised civil partner living in the same household as the insured person in Germany, shall be eligible for complimentary insurance cover.

(B) Payment of premiums

The provisions of § 8 AVB/KKV apply with the proviso that no ageing provision is recognised. Notwithstanding § 8 (1) b) AVB/KKV, the premiums for adults shall commence from the age of 16.

The monthly contribution instalments are based on the respective age and the age group to be assigned (age: 16-29 and 30-38). On reaching the age of 30, the contribution of the next higher age group must be paid. The relevant monthly contribution is calculated on a pro rata basis.

(C) Premium adjustment

Notwithstanding § 9 (1) b) AVB/KKV, the following shall apply:

If the comparison of the required insurance benefits with the calculated insurance benefits for an observation unit of a tariff shows a deviation of more than 10 %, all premiums for this observation unit shall be reviewed by the insurer and, if necessary, adjusted with the consent of the mathematical trustee. Premiums will not be adjusted if the insurer and the trustee agree that the change in insurance benefits is only temporary.

(D) End and continuation of the insurance

(1) End

The insurance ends with the cessation of insurability in accordance with (I) (A). For all insured persons, the insurance ends at the latest 60 months after the start of insurance for the person insured in accordance with (I) (A). If the insured person was already insured under another tariff for foreigners with a temporary residence permit immediately prior to the start of the insurance, the insurance periods completed there will be counted towards the 60 months. The insurance also ends when a permanent residence permit is issued or when the residence permit in Germany is cancelled.

Tritt während der Versicherungszeit für eine versicherte Person Versicherungspflicht in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung ein oder entsteht ein Anspruch auf Beihilfe bzw. freie Heilfürsorge im Krankheitsfall, endet für die versicherte Person die Versicherung zu dem Zeitpunkt, zu dem Versicherungspflicht in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung eintritt bzw. zu dem der Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall bzw. freie Heilfürsorge entsteht.

(2) Fortführung

Sofern die versicherte Person zum Zeitpunkt des Wegfalls der Versicherungsfähigkeit nicht versicherungspflichtig in der GKV ist, besteht das Recht des Versicherungsnehmers¹, die Versicherung ab dem Zeitpunkt, der auf den Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach (I) (A) folgt, in jedem für den Neuzugang geöffneten Vollversicherungstarif von ottonova fortzuführen, für den zu diesem Zeitpunkt Aufnahme- bzw. Versicherungsfähigkeit besteht.

Die Fortführung ist nur möglich und findet ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten statt, sofern

- der Versicherungsnehmer diese spätestens 3 Monate nach dem Wegfall der Versicherungsfähigkeit im Tarif Study Secure Premium beantragt und
- zum Zeitpunkt der Beendigung kein Beitragsrückstand besteht bzw. bestand.

Bestehende Leistungsausschlüsse oder Leistungseinschränkungen werden dabei übernommen, bestehende Risiko- oder Auslandszuschläge im gleichen Verhältnis zum neuen monatlichen Beitrag entsprechend angepasst.

Im Falle des Tarifwechsels ist der im aufnehmenden Tarif gültige Beitrag zuzüglich etwaiger Risikozuschläge zu bezahlen.

Der fortgeführte Vollversicherungstarif kann im Rahmen dieser Regelung auch um Tarife des Krankentagegeldes und/oder des Krankenhaustagegeldes ergänzt werden, wenn zu diesem Zeitpunkt jeweils Aufnahme- bzw. Versicherungsfähigkeit besteht.

(E) Leistungen im Ausland

Abweichend von § 3 (3) c) AVB/KKV endet die Versicherung bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland außerhalb des EWR und eine Möglichkeit der Fortführung der Versicherung besteht nicht.

(II) Umfang der Leistungspflicht von ottonova

ottonova möchte, dass seine Versicherten langfristig gesund bleiben oder gesund werden. Daher bietet ottonova mehr als die Leistungen dieses Tarifs und unterstützt mit geeigneten Services. Hierzu arbeitet ottonova mit ausgewiesenen Gesundheitsexperten zusammen. Für weitere Informationen und vor allem, wie diese Angebote in Anspruch genommen werden können, kontaktiere ganz einfach unseren Concierge-Service oder verfolge unsere digitalen Informationen.

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Dokument das generische Maskulinum verwendet. Die in diesem Dokument verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich – sofern nicht anders kenntlich gemacht – auf alle Geschlechter.

If, during the period of insurance, an insured person becomes subject to compulsory insurance in the German statutory health insurance scheme or if an entitlement to reimbursement of healthcare costs by a civil servant's employer or free military welfare in the event of illness arises, the insurance ends for the insured person at the time at which compulsory insurance in the German statutory health insurance scheme arises or at which the entitlement to reimbursement of healthcare costs by a civil servant's employer or free military welfare in the event of illness arises.

(2) Continuation

If the insured person is not subject to compulsory health insurance at the time of cessation of eligibility for insurance, the policyholder has the right to continue the insurance from the time following the cessation of eligibility for insurance in accordance with (I) (A) in any ottonova full insurance tariff open to the new policyholder for which there is eligibility for admission or insurance at that time.

Continuation is only possible and takes place without a new medical examination and without a new waiting period if

- the policyholder applies for this at the latest 3 months after the cessation of insurability in the Study Secure Premium tariff and
- no premium arrears exist or existed at the time of termination.

Existing benefit exclusions or benefit restrictions are taken over and existing risk or foreign surcharges are adjusted in the same proportion to the new monthly premium.

In the event of a change of tariff, the premium applicable in the receiving tariff plus any risk surcharges must be paid.

The continued full insurance tariff can also be supplemented by tariffs for daily sickness benefits and/or daily hospital benefits within the scope of this regulation if there is eligibility for admission or insurance at this time.

(E) Benefits abroad

Notwithstanding § 3 (3) c) AVB/KKV, the insurance ends if the policyholder's habitual residence is transferred abroad outside the EEA and there is no possibility of continuing the insurance.

(II) Scope of ottonova's obligation to pay benefits

ottonova wants its policyholders to stay or become healthy in the long term. That's why ottonova offers more than just the benefits of this tariff and provides support with suitable services. To this end, ottonova works together with recognised health experts. For more information and, above all, how to take advantage of these offers, simply contact our concierge service or follow our digital information.

(A) Allgemeines

(1) Erstattungsfähigkeit

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen in Zusammenhang mit einer ambulanten, stationären oder zahnärztlichen Behandlung.

Die Erstattungssätze beziehen sich auf die jeweils erstattungsfähigen Aufwendungen bzw. Kosten.

Beispiel: Zunächst ist der nach den Versicherungs- und Tarifbestimmungen erstattungsfähige Teil des Rechnungsbetrages zu ermitteln. Bei der Ermittlung der Erstattungsfähigkeit werden die vom Leistungserbringer in der Rechnung aufgeführten Leistungen bzw. Beträge auf Einklang mit den allgemeinen und spezifischen Erstattungsregeln aus den AVB/KKV (z.B. die medizinische Notwendigkeit) sowie aus den Tarifbedingungen (z.B. vereinbarte Sätze der Gebührenordnungen) hin überprüft und gegebenenfalls angepasst. Von dem erstattungsfähigen Teil wird der Erstattungssatz in Ansatz gebracht. Ist die Erstattung mit Deckungsgrenzen limitiert, beschränkt sich die Kostenübernahme auf diese Summe.

Rechenbeispiel: Bei einem Erstattungssatz von z.B. 80 % und einem ermittelten erstattungsfähigen Teil des Rechnungsbetrages von z.B. 2.000 Euro werden 1.600 Euro erstattet. Gibt es jedoch eine Deckungsgrenze von z.B. 1.000 Euro, werden nur 1.000 Euro erstattet.

(2) Keine Erstattungsfähigkeit

Nicht erstattungsfähig sind

- Aufwendungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung). Dieser Leistungsausschluss umfasst neben der ärztlichen Behandlung auch die zur Herbeiführung einer Schwangerschaft verordneten Arzneimittel.
- Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers. Dieser Leistungsausschluss umfasst neben der Behandlung auch durch einen Heilpraktiker verordnete Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel.
- Aufwendungen für osteopathische Leistungen durch nicht-ärztliche Leistungserbringer gemäß § 4 (1) c) und g) AVB/KKV.
- Aufwendungen für eine operative Sehschärfenkorrektur. Dieser Leistungsausschluss umfasst neben der ärztlichen Behandlung auch die zur operativen Sehschärfenkorrektur verordneten Arzneimittel.
- abweichend von § 4 (3) d) AVB/KKV Aufwendungen für Schutzimpfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise erfolgen.
- Aufwendungen für eine professionelle Zahncleaning.

Vorstehende Leistungsausschlüsse gelten ungeachtet sonstiger Regelungen in diesem Tarif.

(A) General information

(1) Eligibility for reimbursement

Expenses incurred in connection with outpatient, inpatient or dental treatment are eligible for reimbursement.

The reimbursement rates refer to the respective reimbursable expenses or costs.

Example: Firstly, the reimbursable part of the invoice amount must be determined in accordance with the insurance and tariff provisions. When determining eligibility for reimbursement, the services or amounts listed by the service provider in the invoice are checked for compliance with the general and specific reimbursement rules from the AVB/KKV (e.g. medical necessity) and from the tariff conditions (e.g. agreed rates of the fee scales) and adjusted if necessary. The reimbursement rate is applied to the reimbursable portion. If the reimbursement is limited by cover limits, the assumption of costs is restricted to this amount.

Calculation example: With a reimbursement rate of e.g. 80 % and a determined reimbursable part of the invoice amount of e.g. 2,000 euros, 1,600 euros will be reimbursed. However, if there is a cover limit of e.g. 1,000 euros, only 1,000 euros will be reimbursed.

(2) No eligibility for reimbursement

The following are not refundable

- Expenses for inducing pregnancy (artificial insemination). In addition to medical treatment, this exclusion of benefits also includes medication prescribed to induce pregnancy.
- Expenses for services provided by a non-medical practitioner. In addition to treatment, this exclusion of benefits also includes medicines, dressings, remedies and aids prescribed by a non-medical practitioner.
- Expenses for osteopathic services provided by non-medical service providers in accordance with § 4 (1) c) and g) AVB/KKV.
- Expenses for surgical correction of visual acuity. In addition to medical treatment, this exclusion of benefits also includes medication prescribed for surgical correction of visual acuity.
- notwithstanding § 4 (3) d) AVB/KKV, expenses for immunisations given on the occasion of a trip abroad.
- Expenses for professional dental cleaning.

The above exclusions of benefits apply irrespective of other provisions in this tariff.

(B) Wartezeiten

(1) Zahnleistungen

Abweichend von § 2 (1) AVB/KKV gilt eine Wartezeit von 3 Monaten für Aufwendungen für Zahnbehandlung gemäß (II) (O) (2), Zahnersatz gemäß (II) (O) (4), funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen gemäß (II) (O) (5) und kieferorthopädische Leistungen gemäß (II) (O) (6).

Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

(2) Entbindung und Psychotherapie

Abweichend von § 2 (1) AVB/KKV gilt eine Wartezeit von 8 Monaten für Aufwendungen für Entbindungen gemäß (II) (F) und ambulante Psychotherapie (inklusive probatorischen Sitzungen) gemäß (II) (D) (6).

Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

(3) Entfall der Wartezeit

Die Wartezeit entfällt bei Unfällen oder unvorhersehbaren Schwangerschaftskomplikationen. Die Wartezeit entfällt ferner für Neugeborene im Falle der Kindernachversicherung gemäß § 2 (4) AVB/KKV.

(4) Anrechnen von Wartezeiten

Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung bei einer gesetzlichen Krankenversicherung mit Sitz in Deutschland oder aus einem anderen Vertrag über eine private Krankenvollversicherung bei einer privaten Krankenversicherung mit Sitz in Deutschland ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens 2 Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 (2) AVB/KKV im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

(5) Vertragsänderung

Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitenregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Für den Fall, dass eine Wartezeitenregelung einschlägig ist, werden die betroffenen Leistungen innerhalb dieses Zeitraumes nicht erstattet.

i Beispiel: Die versicherte Person beginnt im 4. Monat des Versicherungsschutzes bei ottonova eine ambulante Psychotherapie und reicht die Rechnung dazu ein. Die mit dieser ambulanten Psychotherapie im 4. Monat des Versicherungsschutzes verbundenen Kosten werden zu keinem Zeitpunkt bei ottonova erstattet.

(B) Waiting times

(1) Dental benefits

Notwithstanding § 2 (1) AVB/KKV, a waiting period of 3 months applies to expenses for dental treatment in accordance with (II) (O) (2), dental prostheses in accordance with (II) (O) (4), functional analysis and functional therapy services in accordance with (II) (O) (5) and orthodontic services in accordance with (II) (O) (6).

The waiting period is calculated from the start of the insurance.

(2) Confinement and psychotherapy

Notwithstanding § 2 (1) AVB/KKV, a waiting period of 8 months applies to expenses for childbirth in accordance with (II) (F) and outpatient psychotherapy (including probationary sessions) in accordance with (II) (D) (6).

The waiting period is calculated from the start of the insurance.

(3) Cancellation of the waiting period

The waiting period does not apply in the event of accidents or unforeseeable pregnancy complications. The waiting period also does not apply to newborns in the case of supplementary child insurance in accordance with § 2 (4) AVB/KKV.

(4) Crediting of waiting periods

Persons who have left the statutory health insurance scheme with a statutory health insurance company based in Germany or another contract for private comprehensive health insurance with a private health insurance company based in Germany will have the proven uninterrupted period of insurance completed there counted towards the waiting periods. The prerequisite is that the insurance was applied for no later than 2 months after termination of the previous insurance and the insurance cover is to commence immediately afterwards in deviation from § 2 (2) AVB/KKV. The same applies when leaving a public employment relationship with entitlement to military welfare.

(5) Contract amendment

In the event of contract amendments, the waiting period regulations apply to the additional part of the insurance cover.

In the event that a waiting period regulation is applicable, the benefits concerned will not be reimbursed within this period.

i Example: The insured person starts outpatient psychotherapy with ottonova in the 4th month of insurance cover and submits the invoice for this. The costs associated with this outpatient psychotherapy in the 4th month of insurance cover are not reimbursed by ottonova at any time.

(C) Gebührenordnungen

Ärztliche bzw. psychotherapeutische Leistungen sind bei Behandlungen in Deutschland bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Psychotherapeuten (GOP) erstattungsfähig. Zahnärztliche Leistungen sind bei Behandlungen in Deutschland bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

Für Aufwendungen der Hebammen bzw. Entbindungspfleger sind die Bestimmungen der jeweiligen Gebührenordnung für Hebammen maßgebend.

(D) Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Leistungen

(1) Primärärzte

Bei der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen sowie bei von Ärzten verordneten Arznei-, Verband- und Heilmitteln gilt das Primärarztprinzip. Das bedeutet, dass die ambulante Erstbehandlung – bis auf die im Weiteren genannten Ausnahmen – stets durch einen Primärarzt zu erfolgen hat.

Als Primärärzte gelten ausschließlich

- Praktische Ärzte ohne Facharztbezeichnung,
- Fachärzte für Allgemeinmedizin,
- Fachärzte für Innere- und Allgemeinmedizin,
- Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hausarzt,
- Fachärzte für Frauen-, Augen- oder Kinderheilkunde,
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Ärzte, die über einen telefonischen oder digitalen Service kontaktiert werden und
- Not- oder Bereitschaftsarzte. Dabei gilt im Ausland jeder Arzt, der wegen einer akut auftretenden Erkrankung während einer Auslandsreise aufgesucht wird, als Notarzt.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen bei Erst- und Folgebehandlung durch Primärärzte sind zu 100 % erstattungsfähig.

Nicht als Primärärzte gelten alle anderen Ärzte oder Fachärzte (Nicht-Primärarzt).

(2) Weiterbehandlung: Überweisung durch Primärärzte

Sofern der Primärarzt die Weiterbehandlung durch einen Facharzt empfiehlt, der kein Primärarzt ist, ist eine entsprechende Überweisung des Primärarztes zusammen mit der Rechnung des weiterbehandelnden Facharztes bei ottonova einzureichen. Diese muss neben dem Namen des Versicherten das Überweisungsdatum, den Überweisungsgrund (Indikation) sowie die aufzusuchende Fachrichtung des Facharztes enthalten. Die Überweisung durch den Primärarzt besitzt Gültigkeit bis zum Abschluss der angeratenen Behandlung, längstens jedoch für die Dauer von 6 Monaten ab Überweisungsdatum. Sofern die Behandlung über 6 Monate hinaus fortgesetzt werden muss, ist eine erneute Überweisung durch den Primärarzt erforderlich.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen bei Weiterbehandlung nach Überweisung durch einen Primärarzt sind zu 100 % erstattungsfähig.

(C) Schedule of fees

Medical or psychotherapeutic services are reimbursable for treatment in Germany up to the maximum rates of the applicable scale of fees for doctors (GOÄ) or psychotherapists (GOP). Dental services are reimbursable for treatment in Germany up to the maximum rates of the applicable scale of fees for dentists (GOZ) or doctors (GOÄ).

The provisions of the respective scale of fees for midwives shall apply to expenses incurred by midwives and maternity nurses.

(D) Outpatient medical and psychotherapeutic services

(1) Primary physicians

The primary doctor principle applies to the utilization of outpatient medical services and to medicines, dressings and remedies prescribed by doctors. This means that initial outpatient treatment – with the exceptions mentioned below – must always be provided by a primary doctor.

Only the following are considered primary physicians

- General practitioners without a specialist title,
- Specialists in general medicine,
- Specialists in internal and general medicine,
- Specialists in internal medicine specialising in family medicine,
- Specialists in gynaecology, ophthalmology or paediatrics,
- Specialists in psychiatry and psychotherapy,
- Doctors who are contacted via a telephone or digital service and
- Emergency or on-call doctors. Any doctor abroad who is consulted due to an acute illness while travelling abroad is considered an emergency doctor.

The reimbursable expenses for initial and follow-up treatment by primary physicians are 100 % reimbursable.

All other physicians or specialists are not considered primary physicians (non-primary physicians).

(2) Further treatment: referral by primary physicians

If the primary doctor recommends further treatment by a specialist who is not a primary doctor, a corresponding referral from the primary doctor must be submitted to ottonova together with the invoice from the specialist providing further treatment. In addition to the name of the insured person, this must include the date of referral, the reason for referral (indication) and the speciality of the specialist to be consulted. The referral from the primary doctor is valid until the recommended treatment has been completed, but for no longer than 6 months from the date of referral. If the treatment needs to be continued beyond 6 months, a new referral from the primary doctor is required.

The reimbursable expenses for further treatment after referral by a primary physician are 100 % reimbursable.

(3) Einschaltung des Concierge-Services von ottonova statt Überweisung durch Primärarzt

Ist die versicherte Person der Auffassung, dass bei ihren Beschwerden die sofortige Einschaltung eines Nicht-Primärarztes geboten ist, kann sie sich, statt einen Primärarzt aufzusuchen, auch an den Concierge-Service von ottonova wenden. Für den Fall, dass dieser ebenfalls die direkte Behandlung durch einen Nicht-Primärarzt befürwortet, wird unverzüglich eine diesbezügliche Bestätigung in Textform an die versicherte Person veranlasst. Diese Bestätigung ist der Überweisung durch den Primärarzt gleichgestellt.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen bei einer Behandlung durch einen Nicht-Primärarzt mit Bestätigung des Concierge-Services von ottonova sind zu 100 % erstattungsfähig.

(4) Folgen, sofern das Primärarztprinzip nicht beachtet wird

Erfolgt eine Behandlung bei einem Nicht-Primärarzt gemäß (II) (D) (1) ohne eine entsprechende Überweisung gemäß (II) (D) (2) und ohne die Bestätigung gemäß (II) (D) (3), sind die erstattungsfähigen Aufwendungen für die ärztlichen Leistungen sowie die im Zuge der Behandlung verordneten Arznei- und Verbandmittel nur zu 80 % erstattungsfähig.

(5) Naturmedizin durch Ärzte

Erstattungsfähig sind gemäß den Bestimmungen des Primärarztprinzips (II) (D) (1) bis (4) auch ärztliche Leistungen, die im Hufelandverzeichnis beschrieben sind.

Auf die Anwendung von § 4 (3) a) und b) AVB/KKV wird verzichtet. Es wird auch für schulmedizinisch nicht anerkannte Behandlungen geleistet.

Verordnete Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel werden ebenfalls erstattet. Naturheilkundliche Präparate, insbesondere homöopathische, anthroposophische und phytotherapeutische Arzneimittel, sind jedoch nur erstattungsfähig, sofern diese über eine Zulassung oder Registrierung gemäß dem Arzneimittelgesetz (AMG) verfügen.

(6) Ambulante Psychotherapie

Aufwendungen für ambulante Psychotherapie sind nur nach vorheriger Zusage in Textform erstattungsfähig. Pro Versicherungsfall sind die ersten 25 Therapiestunden (inklusive der probatorischen Sitzungen) zu 100 % erstattungsfähig, darüber hinaus zu 50 %. Es sind maximal 5 probatorische Sitzungen erstattungsfähig.

ottonova wird die Zusage erteilen, sofern die ambulante Psychotherapie medizinisch notwendig ist.

Für nicht-ärztliche Psychotherapeuten wird unter den Voraussetzungen des § 4 (1) b) AVB/KKV nur nach Diagnosestellung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Facharzt für Neurologie geleistet. Zur Leistungserstattung ist die Diagnosestellung einzureichen.

(E) Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel

(1) Allgemeines

Der Bezug von Arznei- und Verbandmitteln sowie von Heilmitteln – nicht aber von Hilfsmitteln – unterliegt dem Primärarztprinzip.

(3) Use of ottonova's concierge service instead of referral by primary doctor

If the insured person is of the opinion that the immediate involvement of a non-primary doctor is required for their complaints, they can also contact ottonova's concierge service instead of consulting a primary doctor. In the event that the concierge also favours direct treatment by a non-primary doctor, a confirmation to this effect will be sent to the insured person in text form without delay. This confirmation is equivalent to the referral by the primary doctor.

The reimbursable expenses for treatment by a non-primary physician with confirmation from ottonova's Concierge Service are 100 % reimbursable.

(4) Consequences if the primary physician principle is not observed

If treatment is provided by a non-primary physician in accordance with (II) (D) (1) without a corresponding referral in accordance with (II) (D) (2) and without the confirmation in accordance with (II) (D) (3), only 80 % of the reimbursable expenses for the medical services and the medicines and dressings prescribed in the course of the treatment are reimbursable.

(5) Natural medicine by doctors

In accordance with the provisions of the primary physician principle (II) (D) (1) to (4), medical services described in the Hufeland directory are also eligible for reimbursement.

The application of § 4 (3) a) and b) AVB/KKV is waived. Benefits are also paid for treatments not recognised by conventional medicine.

Prescribed medicines and dressings, remedies and aids are also reimbursed. However, naturopathic preparations, in particular homeopathic, anthroposophic and phytotherapeutic medicines, are only eligible for reimbursement if they have a licence or registration in accordance with the German Medicines Act (AMG).

(6) Outpatient psychotherapy

Expenses for outpatient psychotherapy are only reimbursable after prior agreement in text form. For each insured event, the first 25 hours of therapy (including the trial sessions) are reimbursable at 100 %, thereafter at 50 %. A maximum of 5 trial sessions are eligible for reimbursement.

ottonova will grant approval if the outpatient psychotherapy is medically necessary.

For non-medical psychotherapists, benefits are only paid under the conditions of § 4 (1) b) AVB/KKV after a diagnosis has been made by a specialist in psychiatry and psychotherapy or a specialist in neurology. The diagnosis must be submitted for reimbursement of benefits.

(E) Medicines and dressings, remedies, aids

(1) General information

The purchase of medicines, dressings and remedies – but not of medical aids – is subject to the primary physician principle.

(2) Arznei- und Verbandmittel

Arzneimittel sind jedenfalls Präparate im Sinne von § 2 Absatz 1 und 4 AMG. Als erstattungsfähige Arzneimittel im Sinne dieser Bedingungen gelten auch Harn- und Blutteststreifen sowie enterale und parenterale Ernährung und bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, zum Beispiel bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose, zu vermeiden.

Nicht als Arzneimittel gelten Präparate zur Raucherentwöhnung, zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts, zur Verbesserung des Haarwuchses sowie Produkte zur Körperpflege, diätetische Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel mit Ausnahme derer aus dem voranstehenden Absatz.

Arzneimittel, die zur Empfängnisverhütung verordnet werden, sind nur erstattungsfähig, sofern die Versicherte zum Zeitpunkt der Verordnung das 22. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion sind nur nach vorheriger Zusage in Textform erstattungsfähig. ottonova wird die Zusage erteilen, sofern eine radikale Prostatektomie (RPE) erfolgt ist. ottonova ist berechtigt, seine Zusage auf die Höhe der Aufwendungen für Generika bzw. Parallelimporte zu begrenzen.

(3) Heilmittel

- a) Aufwendungen für Heilmittel, die von den in § 4 (1) c) AVB/KKV genannten Behandelnden erbracht werden, sind erstattungsfähig, sofern sie angemessen und im Leistungskatalog der Bundesbeihilfeverordnung enthalten sind. Als angemessen gelten Aufwendungen, sofern die in der Bundesbeihilfeverordnung genannten Höchstbeträge um nicht mehr als 20 % überschritten werden. Im Einzelfall können auch darüber hinausgehende Aufwendungen angemessen sein, sofern diese als ortsüblich anzusehen sind.
- b) Erstattungsfähig sind darüber hinaus Aufwendungen für einen Geburtsvorbereitungskurs sowie für Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik, sofern sie von den in § 4 (1) c) AVB/KKV genannten Behandelnden erbracht werden und angemessen sind. Aufwendungen, die nicht höher sind als diejenigen, die eine Hebammme bzw. ein Entbindungsberater nach der Hebammengebührenordnung verlangen kann, gelten immer als angemessen.

(4) Hilfsmittel

- a) Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser und -gestelle, Kontaktlinsen) sind zu 100 % bis zu 100 Euro innerhalb von 24 Monaten erstattungsfähig, sowie bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien.
- b) Aufwendungen für Hörhilfen sind zu 100 % bis zu 1.500 Euro je Ohr erstattungsfähig. Sofern der Hörverlust ausschließlich durch Hörimplantate ausgeglichen werden kann, sind Aufwendungen für die im Rahmen dieser Versorgung erforderlichen Hörgeräte zu 100 % bis zu 4.000 Euro je Ohr erstattungsfähig.
- c) Aufwendungen für orthopädische Schuhe bzw. Schuhzurichtungen (maximal 4 Paare innerhalb von 36 Monaten) sowie Einlagen (maximal 2 Paare innerhalb von 36 Monaten) sind zu 100 % erstattungsfähig. Bei orthopädischen Schuhen wird ein pauschaler Eigenanteil für normales Schuhwerk in Höhe von 100 Euro in Abzug gebracht.

(2) Medicines and dressings

Medicinal products are in any case preparations within the meaning of § 2 (1) and (4) AMG. Urine and blood test strips as well as enteral and parenteral nutrition and certain drug-like nutrients that are absolutely necessary to prevent serious damage to health, for example in the case of enzyme deficiency diseases, Crohn's disease or cystic fibrosis, are also deemed to be reimbursable medicinal products within the meaning of these conditions.

Preparations for smoking cessation, appetite control, body weight regulation, hair growth improvement, personal care products, dietetic foods and food supplements are not considered medicinal products, with the exception of those in the previous paragraph.

Medicines prescribed for contraception are only eligible for reimbursement if the insured person has not yet reached the age of 22 at the time of prescription.

Medicines for the treatment of erectile dysfunction are only eligible for reimbursement after prior approval in text form. ottonova will grant approval if a radical prostatectomy (RPE) has been performed. ottonova is entitled to limit its approval to the amount of the expenses for generics or parallel imports.

(3) Remedies

- a) Expenses for remedies provided by the practitioners named in § 4 (1) c) AVB/KKV are reimbursable if they are appropriate and included in the catalogue of benefits of the Federal Allowances Ordinance. Expenses are deemed reasonable if the maximum amounts specified in the Federal Allowances Ordinance are not exceeded by more than 20 %. In individual cases, expenses in excess of this may also be reasonable, provided they are considered customary in the area.
- b) Expenses for a birth preparation course and for pregnancy and postnatal gymnastics are also eligible for reimbursement, provided they are provided by the practitioners named in § 4 (1) c) AVB/KKV and are reasonable. Expenses that are not higher than those that a midwife or maternity nurse can charge in accordance with the midwife fee schedule are always deemed reasonable.

(4) Medical aids

- a) Expenses for vision aids (spectacle lenses and frames, contact lenses) are eligible for reimbursement at 100 % up to 100 euros within a 24-months period, as well as in the event of a change in visual acuity of at least 0.5 dioptres.
- b) Expenses for hearing aids are eligible for reimbursement at 100 % up to 1,500 euros per ear. If hearing loss can be compensated only by hearing implants, expenses for hearing devices required as part of this treatment are eligible for reimbursement at 100 % up to 4,000 euros per ear.
- c) Expenses for orthopaedic shoes or shoe modifications (up to 4 pairs within a 36-month period) and insoles (up to 2 pairs within a 36-months period) are eligible for reimbursement at 100 %. In the case of orthopaedic shoes, a flat-rate excess for normal footwear of 100 euros will be deducted.
- d) In addition, expenses for prosthetic, orthopaedic and other medical aids (e.g. a blood glucose monitor with sensor technology and the associated sensors for insulin-dependent diabetics, a guide dog including training, a blind person's reading device or

- d) Darüber hinaus sind Aufwendungen für Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel (z.B. Blutzuckermessgerät mit Sensortechnik sowie zugehörige Sensoren bei insulinpflichtigen Diabetikern, Blindenhund inkl. Ausbildung, Blindenlesegerät oder Sauerstoffversorgung) erstattungsfähig, sofern sie Krankheits- oder Unfallfolgen sowie Behinderungen unmittelbar ausgleichen bzw. mildern, den Erfolg der Heilbehandlung sichern oder das Leben erhalten können.

Sie sind zu 100 % erstattungsfähig, sofern

- das Hilfsmittel im Rahmen einer Unfall- oder Notfallerstversorgung bezogen wird oder
- der Anschaffungspreis eines einmalig bezogenen Hilfsmittels nicht mehr als 500 Euro beträgt oder
- nicht zu erwarten ist, dass bei mehrfach innerhalb eines Versicherungsjahres bezogenen Hilfsmitteln gleicher Art und Güte die Anschaffungskosten einen Gesamtpreis von 500 Euro übersteigen oder
- bei einem Anschaffungs- bzw. Gesamtpreis von mehr als 500 Euro der Concierge-Service von ottonova mit der Beschaffung beauftragt wird. ottonova verpflichtet sich in diesem Fall, das Hilfsmittel entweder unverzüglich in medizinisch notwendiger Ausführung über einen Dienstleister der betreffenden versicherten Person zur Verfügung zu stellen oder aber dem Versicherungsnehmer mitzuteilen, dass er sich das Hilfsmittel im Sanitätshaus seiner Wahl selbst beschaffen kann. Auf Wunsch des Versicherungsnehmers kann in Deutschland auch ein geeignetes Sanitätshaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes der betroffenen versicherten Person benannt werden.

Hilfsmittel mit einem Anschaffungs- bzw. Gesamtpreis von mehr als 500 Euro, die nicht im Rahmen einer unfall- bzw. notfallbedingten Erstversorgung bezogen werden, sind, sofern das Hilfsmittel ohne Absprache mit ottonova angeschafft wird, nur zu 60 % erstattungsfähig.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- den Unterhalt und die Betriebskosten von Hilfsmitteln (z.B. Stromkosten und Batterien),
- Produkte, die als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens einer gesunden Person anzusehen sind,
- Produkte, die vorrangig dem Fitness- oder Wellnessbereich zuzuordnen sind, sowie
- Fieberthermometer, Puls- und Blutdruckmessgeräte, Waagen, Wärmelampen, Heiz- und Kältekissen, Mundduschen und Zahnbürsten.

Aufwendungen für notwendige Reparaturen und Wartungen von erstattungsfähigen Hilfsmitteln sowie für die Unterweisung in deren Gebrauch sind zu 100 % erstattungsfähig.

(F) Leistungen einer Hebammme bzw. eines Entbindungspflegers, Geburtshäuser

Erstattungsfähig sind im Falle einer Schwangerschaft Aufwendungen für Leistungen einer Hebammme oder eines Entbindungspflegers. Erstattungsfähig sind insbesondere auch Auf-

an oxygen supply) are eligible for reimbursement insofar they can directly compensate for or mitigate the consequences of illness, accident and disability, ensure the success of treatment or preserve life.

They are eligible for reimbursement at 100 % provided that:

- the medical aid is obtained in the context of post-accident treatment or emergency treatment, or
- the medical aid is a one-off purchase with a purchase price not exceeding 500 euros, or
- In the case of medical aids of the same type and quality purchased several times within one year, it is not to be expected that the purchase costs will exceed a total price of 500 euros, or
- if the purchase or total price is more than 500 euros, ottonova's Concierge Service is commissioned to procure the item. In such a case, ottonova undertakes to provide the insured person without undue delay with the medical aid in the medically required design by calling upon a service provider or, if this is not possible, to inform the policyholder that they can procure the medical aid themselves from the medical supply store of their choice. At the request of the policyholder, a suitable medical supply store in the vicinity of the place of residence of the insured person in Germany may also be nominated.

Medical aids with a purchase or total price of more than 500 euros that are not obtained as part of primary care following an accident or emergency are eligible for reimbursement at only 60 % if the medical aid is purchased without consulting ottonova.

Expenses for the following are not eligible for reimbursement:

- the maintenance and operating costs of medical aids (e.g. electricity costs and batteries)
- Products that are to be regarded as articles of daily use for a healthy person
- Products that fall primarily within the sphere of fitness or wellness
- Clinical thermometers, pulse and blood pressure monitors, weighing scales, infrared therapy lamps, heating and cooling pads, oral irrigators and toothbrushes.

infrared therapy lamps, heating and cooling pads, oral irrigators and toothbrushes.

Expenses for necessary repairs and maintenance of eligible medical aids and for instruction in their use are eligible for reimbursement at 100 %.

(F) Midwifery services and birth centres

In the event of pregnancy, expenses midwifery services or a maternity nurse are eligible for reimbursement. In particular, expenses for an antenatal course and for pregnancy and postnatal fitness courses are eligible for reimbursement.

In addition, expenses invoiced by a birth centre are eligible for reimbursement. A birth centre is an independent, out-of-hospital facility run by midwives to provide care during births.

The eligible expenses are eligible for reimbursement at 100 %.

wendungen für einen Geburtsvorbereitungskurs sowie für Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik.

Erstattungsfähig sind darüber hinaus Aufwendungen, die von einem Geburtshaus in Rechnung gestellt werden. Ein Geburtshaus ist eine von Hebammen bzw. Entbindungspflegern betriebene selbständige, außerklinische Einrichtung zur Betreuung von Geburten.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind zu 100 % erstattungsfähig.

(G) Sonstige ambulante Leistungen

(1) Häusliche Pflege

- a) Erstattungsfähig sind 100 % der Aufwendungen für ambulante häusliche Behandlungspflege. Behandlungspflege umfasst krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen oder medizinische Hilfeleistungen, die Bestandteil eines ärztlichen Behandlungsplans sind, der vom Arzt verantwortet, aber nicht von ihm durchgeführt werden muss.
- b) Ersetzt die häusliche Behandlungspflege eine stationäre Heilbehandlung und besteht kein Anspruch gegenüber der privaten Pflegepflichtversicherung sind darüber hinaus Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für bis zu 4 Wochen je Versicherungsfall erstattungsfähig. Erstattungsfähig sind 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

(2) Ambulante Palliativversorgung

Bei einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung haben Versicherte Anspruch auf Leistungen durch ambulante Hospizdienste oder durch ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Erstattungsfähig sind 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

(3) Soziotherapie

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante Soziotherapie (Betreuung von Personen mit schweren psychischen Störungen). Leistungsvoraussetzung ist, dass

- ein Behandlungsplan durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einen psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorliegt und
- der Versicherte wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen oder durch die Soziotherapie eine stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist.

Aufwendungen für Soziotherapie sind zu 100 % für bis zu 120 Stunden innerhalb von 36 Monaten erstattungsfähig.

(4) Vergütungshöhe

Für Leistungen gemäß (II) (G) (1) bis (3) gilt: Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. abgeschlossen hat,

(G) Other outpatient services

(1) At-home care

- a) Expenses for outpatient care at home are eligible for reimbursement at 100 %. Care in the above sense includes illness-specific care measures or medical assistance that is part of a medical treatment plan that is overseen by a physician but does not have to be provided by the physician.
- b) If at-home care replaces inpatient treatment and the insured person is not entitled to claim against private compulsory long-term care insurance, expenses for basic care and housekeeping are also eligible for reimbursement for up to 4 weeks per insured event. Eligible expenses are eligible for reimbursement at 100 %.

(2) Outpatient palliative care

In the case of an incurable, progressive and advanced disease, insured persons are entitled to services provided by outpatient hospice services or medically prescribed specialised outpatient palliative care. Eligible expenses are eligible for reimbursement at 100 %.

(3) Social therapy

Expenses for outpatient social therapy (care for people with severe mental disorders) are eligible for reimbursement. The prerequisites for benefits are that:

- a treatment plan prepared by a physician specialising in psychiatry and psychotherapy, or by a psychologist trained in psychotherapy or paediatric and adolescent psychotherapy, is in place, and
- the insured person is not in a position to make independent use of services provided or prescribed by a physician due to a serious mental illness, or the social therapy will avoid or shorten inpatient hospital treatment, or hospital treatment is necessary but not feasible

Expenses for social therapy are eligible for reimbursement at 100 % for up to 120 hours within 36 months.

(4) Amount of remuneration

The following applies to benefits pursuant to (II) (G) (1) to (3): If the service provider has concluded a remuneration agreement with the Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. [Association for Private Health Insurance], the remuneration levels agreed therein shall apply. Otherwise, expenses are eligible for reimbursement up to the amount that the service provider could claim as remuneration from a German statutory health insurance provider in a comparable case.

gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen könnte.

(H) Krankenhausaufenthalt wegen einer akutstationären Behandlung

(1) Erstattungsfähige Aufwendungen

a) Erstattungsfähig sind bei akutstationärer Behandlung 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für

- a. allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Krankenhausentgeltgesetz bzw. Bundespflegesatzverordnung inklusive vor- und nachstationärer Behandlung gemäß § 115a Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) oder Aufwendungen für eine tagesstationäre Behandlung nach § 115e SGB V,
- b. gesondert berechenbare Unterbringung bis zur Höhe des Zuschlags für das Zweibettzimmer,
- c. gesondert berechenbare wahlärztliche oder privatärztliche Leistungen,
- d. gesondert berechenbare belegärztliche Leistungen,
- e. gesondert berechenbare Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungsgebers.

b) Sofern ein Krankenhaus nicht unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegesatzverordnung fällt, werden bei einer Behandlung in Deutschland neben den Leistungen gemäß (II) (H) (1) a Buchstaben b. bis e. maximal 150 % der Fallpauschale gemäß Krankenhausentgeltgesetz bzw. maximal 150 % der tagesgleichen Pflegesätze nach Bundespflegesatzverordnung erstattet.

Im Übrigen fällt nachstehende Eigenbeteiligung an:

Für jeden Tag eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus in Deutschland, das nicht unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegesatzverordnung fällt und für den ottonova leistungspflichtig ist, fällt eine Eigenbeteiligung von 150 Euro an. Aufnahme- und Entlassungstag gelten dabei jeweils als volle Tage.

Die Eigenbeteiligung ist pro Versicherungsjahr auf maximal 5.000 Euro beschränkt.

c) Bei einer Behandlung im Ausland gelten als allgemeine Krankenhausleistungen gemäß (II) (H) (1) a Buchstabe a. die Behandlungs- und Unterbringungskosten, die nicht durch Leistungen gemäß (II) (H) (1) a Buchstaben b. bis e. abgegolten werden.

d) In Erweiterung von § 5 (5) b) AVB/KKV ist bei akutstationärer Behandlung in einer gemischten Anstalt eine vorherige Zusage nur dann erforderlich, wenn es sich vorwiegend um eine psychotherapeutische stationäre Behandlung handelt.

(2) Ersatzkrankenhaustagegeld

Sofern während eines akutstationären Krankenhausaufenthalts, für den ottonova leistungspflichtig ist, auf stationäre Wahlleistungen bzw. belegärztliche Leistungen verzichtet wird, zahlt ottonova das nachstehende Ersatzkrankenhaustagegeld:

(H) Hospitalisation for acute inpatient treatment

(1) Expenses eligible for reimbursement

a) In the case of acute inpatient treatment, reimbursement will be provided at 100 % for eligible expenses for:

- a. General hospital services in accordance with the German Hospital Remuneration Act (Krankenhausentgeltgesetz) or the Federal Ordinance on Hospital Rates (Bundespflegesatzverordnung), including pre- and post-inpatient treatment in accordance with § 115a of the Fifth Book of the German Social Code (Sozialgesetzbuch, SGB) or expenses for day-care treatment in accordance with § 115e SGB V,
- b. separately billable accommodation up to the amount of the surcharge for the two-bed room,
- c. separately billable services of a physician of choice or private physician,
- d. separately billable services provided by attending physicians,
- e. separately billable services of a midwife or obstetric nurse.

b) If a hospital does not fall within the scope of the Hospital Remuneration Act or the Federal Ordinance on Hospital Rates, treatment in Germany will be reimbursed – in addition to the benefits in accordance with (II) (H) (1) a letters b. to e. up to a maximum of 150 % of the per-case flat rate pursuant to the flat Hospital Remuneration Act or a maximum of 150 % of the per-day treatment rates pursuant to the Federal Ordinance on Hospital Rates.

In addition, the following excesses will apply:

For each day of an inpatient stay in a hospital in Germany that does not fall within the scope of the Hospital Remuneration Act or the Federal Ordinance on Hospital Rates, and for which ottonova is liable to pay benefits, an excess of 150 euros will be incurred. The day of admission and the day of discharge are considered full days.

The personal contribution is limited to a maximum of 5,000 euros per insurance year.

c) In the case of treatment abroad, general hospital benefits in accordance with (II) (H) (1) a letter a. are the treatment and accommodation costs that are not covered by benefits in accordance with (II) (H) (1) a letters b. to e.

d) Further to the provisions of § 5 (5) b) AVB/KKV, in the case of acute inpatient treatment in a mixed facility, prior approval is required only if the treatment is primarily for psychotherapeutic inpatient treatment.

(2) Compensatory daily hospital allowance

If elective inpatient services or the services of a private practitioner providing inpatient care are not used during an acute inpatient hospital stay for which ottonova is liable to pay benefits, ottonova will pay the following compensatory daily hospital allowances:

- 60 euros for each day if no private medical services – either from a physician of choice or a private practitioner providing inpatient care – used during the entire hospital stay, and/or
- 20 euros for each day on which no separately billable accommodation was used

- 60 Euro für jeden Tag, wenn während des gesamten Krankenhausaufenthalts keine privatärztlichen Leistungen (weder die eines Wahl- noch eines Belegarztes) in Anspruch genommen werden und/oder
- 20 Euro für jeden Tag, an dem keine gesondert berechenbare Unterbringung in Anspruch genommen wurde

Aufnahme- und Entlassungstag gelten dabei jeweils als volle Tage.

(I) Genesungsgeld

Der Versicherer leistet auf Antrag pro Versicherungsfall ein Genesungsgeld in Höhe von 1.500 Euro, wenn die versicherte Person

- nach einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung von mindestens 14 Kalendertagen weiterhin arbeitsunfähig ist und
- die Zeiträume der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie der daran anschließenden, ärztlich bestätigten Arbeitsunfähigkeit zusammengefasst mindestens 90 Kalendertage betragen.

Aufnahme- und Entlassungstag der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung gelten dabei jeweils als ein Tag. Die Übergangspflege nach (II) (L) gilt in diesem Zusammenhang als medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung. Die Leistung des Genesungsgeldes ist vor Eintritt aller vorstehenden Leistungsvoraussetzungen nicht fällig.

(J) Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Anschlussheilbehandlung (AHB)

Eine AHB ist eine medizinisch notwendige Maßnahme zur Rehabilitation, die sich einem akutstationären Krankenhausaufenthalt im engen zeitlichen Zusammenhang anschließt. Der enge zeitliche Zusammenhang ist gegeben, sofern die Maßnahme zur Rehabilitation spätestens 4 Wochen nach Beendigung des Krankenaufenthalts beginnt. Sofern aus medizinischen Gründen die Einhaltung dieser Frist nicht sinnvoll ist (z.B. nach stationärer Strahlentherapie), gilt auch eine später beginnende Maßnahme zur Rehabilitation als AHB.

Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante oder stationäre AHB sind zu 100 % erstattungsfähig, sofern kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann.

Abweichend von § 5 (5) AVB/KKV ist bei stationärer AHB eine vorherige Zusage nicht erforderlich.

! Es wird empfohlen, vor Antritt einer AHB stets die Kostenzusage bei ottonova einzuholen. Denn nur so kann abgeklärt werden, ob die Voraussetzungen für eine AHB gegeben sind und falls ja, welcher Kostenträger leistungspflichtig ist. Dabei ist zu beachten, dass in den Fällen, bei denen die versicherte Person einen Anspruch gegen einen anderen Erstattungspflichtigen (z.B. die gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung) hat, dieser Anspruch gemäß § 5 (1) AVB/KKV dem Anspruch gegenüber ottonova vorgeht.

Bei einer erstattungsfähigen stationären AHB sind sämtliche Leistungen gemäß (II) (H) (1) umfasst.

The day of admission and the day of discharge are considered full days.

(I) Convalescence allowance

Upon application, the insurer will pay a convalescence allowance of 1,500 euros per insured event if the insured person

- is still unfit for work after medically necessary inpatient treatment of at least 14 calendar days and
- the periods of medically necessary inpatient treatment and the subsequent medically confirmed incapacity to work are at least 90 calendar days in total.

The day of admission and the day of discharge of the medically necessary inpatient treatment are each deemed to be one day. Transitional care in accordance with (II) (L) is deemed to be medically necessary inpatient treatment in this context. The convalescence benefit is not due before all the above benefit conditions have been met.

(J) Rehabilitation measures

(1) Convalescent treatment

Convalescent treatment is a medically necessary rehabilitation measure that follows an acute inpatient hospital stay and has a close temporal connection to it. A close temporal connection is deemed to exist if the rehabilitation measure begins no later than 4 weeks after the end of the hospital stay. If compliance with this time limit is inappropriate for medical reasons (e.g. after inpatient radiotherapy), a rehabilitation measure that begins later will also be considered convalescent treatment.

Expenses for medically necessary outpatient or inpatient convalescent treatment are eligible for reimbursement at 100 %, provided that no other cost bearer can be charged.

By way of derogation from § 5 (5) AVB/KKV, prior approval is not required for inpatient convalescent treatment.

! It is always advisable to obtain approval of costs from ottonova before starting convalescent treatment. This is the only way to clarify whether the conditions for convalescent treatment are met and, if so, which cost bearer is liable to pay benefits. It should be noted that in cases where the insured person has a claim against another party liable for reimbursement (e.g. the statutory pension or accident insurance), this claim takes precedence over the claim against ottonova in accordance with § 5 (1) AVB/KKV.

All benefits in accordance with (II) (H) (1) are included in the case of reimbursable inpatient convalescent treatment.

In the case of outpatient convalescent treatment eligible for reimbursement, in addition to the expenses for therapy, the counselling and training services provided by the rehabilitation facility are also eligible for reimbursement at 100 %, insofar as they serve to achieve the goals of medical rehabilitation.

Bei einer erstattungsfähigen ambulanten AHB sind neben den Aufwendungen für die Therapie auch durch die Rehabilitationseinrichtung erbrachte Beratungs- und Schulungsleistungen zu 100 % erstattungsfähig, soweit diese der Erreichung der Ziele der medizinischen Rehabilitation dienen.

(2) Entwöhnungsbehandlung

Aufwendungen für ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlungen sind nur nach vorheriger Zusage in Textform erstattungsfähig.

ottonova wird die vorherige Zusage erteilen, sofern

- eine stoffgebundene Sucht vorliegt,
- kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann und
- die Entwöhnungsbehandlung medizinisch notwendig ist und nicht aufgrund einer Nikotinsucht stattfindet.

Bei stationärer Behandlung sind Leistungen gemäß (II) (H) (1) a) erstattungsfähig.

Bei ambulanter Entwöhnung sind neben den Aufwendungen für die Therapie auch die durch die Rehabilitationseinrichtung erbrachten Beratungs- und Schulungsleistungen erstattungsfähig, soweit diese der Erreichung der Ziele der Entwöhnung dienen.

Aufwendungen für maximal eine ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlung sind innerhalb von 60 Monaten erstattungsfähig.

Bei einer stationären Entwöhnungsbehandlung ist die maximale Dauer auf 4 Monate begrenzt. Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer sowie wahl- oder privatärztliche Leistungen sind nicht erstattungsfähig.

(3) Sonstige Rehabilitationsmaßnahmen, auch Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Aufwendungen für medizinisch notwendige stationäre oder ambulante Rehabilitationsmaßnahmen (auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen) sind zu 100 % erstattungsfähig, sofern kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann.

In Erweiterung von § 5 (5) b) AVB/KKV ist bei stationärer Rehabilitation eine vorherige Zusage nur dann erforderlich, falls es sich vorwiegend um eine psychotherapeutische stationäre Behandlung oder eine Entwöhnung handelt.

Bei stationärer Rehabilitation sind sämtliche Leistungen gemäß (II) (H) (1) umfasst.

Bei ambulanter Rehabilitation sind neben den Aufwendungen für die Therapie auch die durch die Rehabilitationseinrichtung erbrachten Beratungs- und Schulungsleistungen zu 100 % erstattungsfähig, soweit diese der Erreichung der Ziele der medizinischen Rehabilitation dienen.

Es wird empfohlen, vor Antritt einer Rehabilitationsmaßnahme (auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen) stets die Kostenzusage bei ottonova einzuholen. Denn nur so kann abgeklärt werden, ob die Erstattungsvoraussetzungen gegeben sind und falls ja, welcher Kostenträger leistungspflichtig ist. Dabei ist zu beachten, dass in den Fällen, bei denen die versicherte Person einen Anspruch gegen einen anderen Erstattungspflichtigen (z.B. die gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung) hat, dieser Anspruch gemäß § 5 (1) AVB/KKV dem Anspruch gegenüber ottonova vorgeht.



(2) Weaning treatment

Expenses for outpatient or inpatient cessation treatment are only reimbursable after prior agreement in text form.

ottonova will grant the prior commitment if

- there is a substance-related addiction,
- no other cost bearer can be claimed and
- the cessation treatment is medically necessary and is not due to nicotine addiction.

In the case of inpatient treatment, benefits in accordance with (II) (H) (1) a) are eligible for reimbursement.

In the case of outpatient cessation, in addition to the costs of therapy, the counselling and training services provided by the rehabilitation facility are also eligible for reimbursement, provided that they serve to achieve the goals of cessation.

Expenses for a maximum of one outpatient or inpatient withdrawal treatment are eligible for reimbursement within 60 months.

In the case of inpatient withdrawal treatment, the maximum duration is limited to 4 months. Expenses for separately billable accommodation in a single or double room as well as optional or private medical services are not eligible for reimbursement.

(3) Other rehabilitation measures, including health spa and sanatorium treatment

Expenses for medically necessary inpatient or outpatient rehabilitation measures (including health spa and sanatorium treatment) are eligible for reimbursement at 100 %, provided that no other cost bearer can be claimed.

In extension of § 5 (5) b) AVB/KKV, prior authorisation is only required for inpatient rehabilitation if the treatment is primarily psychotherapeutic inpatient treatment or withdrawal.

In the case of inpatient rehabilitation, all benefits are included in accordance with (II) (H) (1).

In the case of outpatient rehabilitation, in addition to the expenses for therapy, the counselling and training services provided by the rehabilitation facility are also eligible for reimbursement at 100 %, provided that they serve to achieve the objectives of medical rehabilitation.

It is always advisable to obtain approval of costs from ottonova before starting rehabilitation measures (including health spa and sanatorium treatment). This is the only way to clarify whether the conditions for reimbursement are met and, if so, which insurer is liable to pay benefits. It should be noted that, in cases where the insured person has a claim against another party liable to provide reimbursement (e.g. the statutory pension scheme or accident insurance), that claim shall take precedence over the claim against ottonova pursuant to § 5 (1) AVB/KKV.

Expenses for other rehabilitation measures (including health spa and sanatorium treatment) are eligible for reimbursement up to a maximum of 1,500 euros within a 36-month period.

Aufwendungen für sonstige Rehabilitationsmaßnahmen (auch Kur- und Sanatoriumsbehandlung) sind in Summe innerhalb von 36 Monaten maximal bis zu 1.500 Euro erstattungsfähig.

(K) Stationäre oder teilstationäre Hospizleistungen

Ein Hospiz ist eine selbstständige Einrichtung mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, bei Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativmedizinische Behandlungen zu erbringen.

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

Erstattungsfähige Aufwendungen für die stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen sind zu 100 % erstattungsfähig.

(L) Übergangspflege im Krankenhaus

Können im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Elften Buch (XI) nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden, sind Aufwendungen für die Übergangspflege im Krankenhaus für einen Zeitraum von längstens 10 Tagen je Krankenhausbehandlung erstattungsfähig. Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung.

Voraussetzung ist, dass die Übergangspflege im Krankenhaus

- unmittelbar im Anschluss an eine abgeschlossene Krankenhausbehandlung anschließt und
- in dem Krankenhaus erbracht wird, in der auch die Krankenhausbehandlung erfolgte.

Die Aufwendungen werden unabhängig von einer Pflegebedürftigkeit nach SGB XI übernommen.

Die Erstattung beträgt 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

(M) Rettungs- und Krankentransporte, Krankenfahrten und Bergungen

(1) Rettungs- und Krankentransporte

Erstattungsfähig sind zu 100 % medizinisch notwendige Rettungs- und Krankentransporte

- von oder zur stationären Behandlung ins Krankenhaus und
- zur ambulanten Notfallbehandlung ins Krankenhaus.

Erstattungsfähig sind im Rahmen eines Rettungstransportes auch die Fahrtkosten des Notarztes.

(K) Residential or semi-residential hospice services

A hospice is an autonomous facility with the independent duty to provide palliative care to patients with incurable diseases in the last phase of life.

If the service provider has concluded a remuneration agreement with the Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. [Association for Private Health Insurance], the remuneration levels agreed therein shall apply. Otherwise, expenses are eligible for reimbursement up to the amount that the service provider could claim as remuneration from a German statutory health insurance provider in a comparable case.

Eligible expenses for residential or semi-residential in hospices are eligible for reimbursement at 100 %.

(L) Transitional care in hospital

If, immediately following hospital treatment, the necessary home nursing care services, short-term care, medical rehabilitation services or care services in accordance with Book XI of the German Social Code (SGB) cannot be provided or can only be provided at considerable expense, expenses for transitional care in hospital are eligible for reimbursement for a maximum period of 10 days per hospital treatment. Transitional care in hospital includes the provision of medicines, remedies and aids, the activation of the insured person, basic and treatment care, discharge management, accommodation and meals as well as the medical treatment required in individual cases.

The prerequisite is that the transitional care in the hospital

- immediately following a completed hospital treatment and
- is provided in the hospital where the hospital treatment took place.

The expenses are covered irrespective of the need for care in accordance with SGB XI.

The reimbursement amounts to 100 % of the eligible expenses.

(M) Emergency and transport ambulance services, patient transport ambulance services and rescues

(1) Emergency and transport ambulance services

Reimbursement at 100 % is provided for medically necessary emergency and transport ambulance services:

- From or to a hospital for inpatient treatment and
- To a hospital for emergency outpatient treatment

The travel costs of an emergency physician are also eligible for reimbursement in the case of emergency transport.

(2) Krankenfahrten

Medizinisch notwendige Krankenfahrten (auch Taxi, privater PKW und öffentlicher Personennahverkehr) sind zu 100 % erstattungsfähig, sofern es sich um eine medizinisch notwendige Krankenfahrt von oder zur nächstgelegenen geeigneten stationären Behandlung im Krankenhaus handelt. Bei der Nutzung eines privaten PKW gilt eine Pauschale von 0,30 Euro pro gefahrenen Kilometer auf direktem Weg.

Einer medizinisch notwendigen Krankenfahrt vom oder zum Krankenhaus steht eine Krankenfahrt von oder zu

- einer ambulant durchgeföhrten Dialysebehandlung, eine Strahlen- oder Chemotherapie,
- einer ambulant durchgeföhrten Operation oder einer vor- und nachstationären Behandlung nach § 115a SGB V oder einer tagesstationären Behandlung nach § 115e SGB V,
- einer ambulant durchgeföhrten Behandlung, bei der die versicherte Person eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) aufweist oder pflegebedürftig nach Pflegegraden 3 bis 5 ist, sowie
- einer ambulant durchgeföhrten Behandlung bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit oder bei ärztlich bescheinigter medikamentös bedingter reduzierter Teilnahmefähigkeit am Straßenverkehr

gleich.

Wird für die Fahrt von oder zur Behandlung eine Entfernung von nicht mehr als 100 km zurückgelegt, gilt die Behandlungsstätte stets als nächstgelegen im Sinne dieser Bedingungen.

Organisation der Krankenfahrten von ottonova: Bei der erkennbaren Notwendigkeit von sich wiederholenden Krankenfahrten (z.B. bei Dialysebehandlung) hat der Versicherungsnehmer ottonova dies unverzüglich anzugeben. ottonova ist berechtigt, die zukünftigen sich wiederholenden Krankenfahrten zu organisieren. Wenn ottonova dies tut, wird der Versicherungsnehmer im Voraus entsprechend informiert.

Sofern eine versicherte Krankenfahrt nicht durchführbar ist, weil die versicherte Person während der Fahrt einer medizinischen Betreuung bedarf, ist anstelle der Krankenfahrt der Krankentransport zu 100 % erstattungsfähig. Alle vorgenannten Bedingungen bzw. Voraussetzungen gelten dann entsprechend für den Krankentransport.

(3) Bergungen

Erstattungsfähig sind zu 100 % Kosten einer Bergung der versicherten Person, sofern die Bergung notwendig ist, um die versicherte Person aus einer Situation zu befreien, in der für sie eine Gefahr für Leib und Leben besteht, maximal jedoch in Höhe von bis zu 2.500 Euro pro Versicherungsfall.

(2) Patient transport without medical support

Medically necessary patient transport without medical support (including by taxis, private car or local public transport) is eligible for reimbursement at 100 %, provided that it is a medically necessary patient transport to or from the nearest place of inpatient treatment at a hospital. When using a private car, a flat rate of 0.30 euros per kilometre driven on the direct route applies.

Patient transport without medical support is considered equivalent to a medically necessary patient transport to or from a hospital if this transport is to or from:

- Outpatient dialysis treatment, radiotherapy or chemotherapy
- Surgery performed on an outpatient basis or pre- and post-inpatient treatment in accordance with § 115a SGB V or day-case treatment in accordance with § 115e SGB V,
- Treatment performed on an outpatient basis where the insured person has a severe disability designated "aG" (extreme walking disability), "BI" (blindness) or "H" (helplessness), or is in need of care in line with Care Levels 3 to 5 and
- Treatment provided on an outpatient basis in the case of medically certified inability to walk or medically certified reduced ability to participate in road traffic due to medication.

If the journey to or from the place of treatment does not exceed 100 km, the place of treatment is always considered to be the nearest for the purposes of these terms and conditions.

Organisation of patient transport without medical support by ottonova: In the case of repeated patient transport without medical support (e.g. for dialysis treatment), ottonova is entitled to make the payment of future benefits conditional on the patient transport being organised by ottonova. ottonova will inform the policyholder of this in advance.

If an insured patient transport without medical support is not feasible because the insured person requires medical care during the journey, 100 % of the cost of the transport ambulance service is eligible for reimbursement instead of the patient transport without medical support. All the aforementioned conditions or prerequisites apply accordingly to transport ambulance services.

(3) Rescues

The costs of rescuing the insured person are eligible for reimbursement at 100 %, up to a maximum of 2,500 euros per insured event, provided that the rescue is necessary in order to retrieve the insured person from a situation in which there is a danger to life and limb.

(N) Rücktransport nach Deutschland und Leistungen im Todesfall im Ausland

(1) Rücktransport der versicherten Person aus dem Ausland

Erstattungsfähig sind zu 100 % die Mehrkosten, die durch den Rücktransport einer versicherten Person aus dem Ausland an einen zur Weiterbehandlung geeigneten Ort nach Wahl des Versicherungsnehmers in Deutschland entstehen, sofern

- ottonova mit der Organisation des Rücktransports beauftragt wird und
- der Rücktransport medizinisch notwendig ist, d.h., dass in der Umgebung des Aufenthaltsorts im Ausland eine medizinisch adäquate Behandlung nicht möglich ist und durch den Verbleib des Versicherten mit einer Gesundheitsschädigung zu rechnen wäre oder
- der Rücktransport vom Versicherungsnehmer oder von ottonova gefordert wird, weil der noch verbleibende stationäre Aufenthalt im Ausland die Dauer von 14 Tagen voraussichtlich übersteigen würde und einem Rücktransport nach Deutschland und der dortigen Weiterbehandlung keine medizinischen Gründe entgegenstehen.

(2) Festlegung der Mehrkosten

Mehrkosten gemäß (II) (N) (1) sind die Kosten, die für die versicherte Person durch den Rücktransport bzw. Rückreise entstehen, abzüglich der für ein bestehendes Rückreiseticket ggf. zurückerstatteten Kosten. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, auf Aufforderung durch ottonova die Stornierung oder Umbuchung des Rückreisetickets zu beantragen bzw. an dessen Rückerstattung nach besten Kräften mitzuwirken. Kommt der Versicherungsnehmer dieser Verpflichtung nicht nach, ist ottonova berechtigt, den gesamten Wert des Rückreisetickets von den Kosten des Rücktransports bzw. der Rückreise in Abzug zu bringen.

(3) Überführung des Leichnams im Todesfall

Verstirbt eine versicherte Person außerhalb Deutschlands und soll die Beisetzung an einem anderen Ort als dem Sterbeort stattfinden, so sind die Überführungskosten des Leichnams zum Ort, an dem die Beisetzung stattfinden soll, zu 100 % erstattungsfähig, maximal jedoch bis zu einer Höhe von 10.000 Euro.

(O) Ambulante zahnärztliche Behandlung

(1) Allgemeines

Zahntechnische Leistungen, die vom Zahnarzt oder einem zahntechnischen Labor erbracht werden, sind im Rahmen angemessener Preise erstattungsfähig.

i Um den Versicherungsnehmer vor einer unerwartet hohen Selbstbeteiligung zu schützen, wird bei geplanten Behandlungen ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 500 Euro die Vorlage eines Heil- und Kostenplans angeraten.

(N) Repatriation to Germany and benefits in the event of death abroad

(1) Repatriation of the insured person from abroad

The additional costs incurred to repatriate an insured person from abroad to a place in Germany of the policyholder's choice that is suitable for further treatment are eligible for reimbursement at 100 %, provided that:

- ottonova is in charge of organising the repatriation, and
- Repatriation is medically necessary; that is to say, medically appropriate treatment is not possible in the vicinity of the place of stay abroad and that damage to health is to be expected if the insured person were to remain there, or
- Repatriation is requested by the policyholder or by ottonova because the remaining inpatient stay abroad is expected to exceed 14 days and there are no medical reasons preventing repatriation to Germany and further treatment there.

(2) Determination of additional costs

Additional costs pursuant to (II) (N) (1) are the costs incurred by the insured person for the repatriation or return journey, less any costs reimbursed for an existing return ticket. It is the duty of the policyholder to apply for cancellation or rebooking of the return ticket at ottonova's request or to cooperate to the best of their ability in obtaining its reimbursement. If the policyholder fails to fulfil this duty, ottonova is entitled to deduct the entire value of the return ticket from the costs of the repatriation or return journey.

(3) Transfer of the body in the event of death

If an insured person dies outside Germany and the funeral is to be held at a place other than the place of death, the costs of transporting the body to the place where the funeral is to be held are eligible for reimbursement at 100 %, up to a maximum of 10,000 euros.

(O) Outpatient dental treatment

(1) General information

Dental technician services provided by a dentist or a dental laboratory are eligible for reimbursement within the limits of reasonable prices.

i In order to protect the policyholder from an unexpectedly high deductible, it is advisable to submit a treatment and cost plan for planned treatments with an expected invoice amount of 500 euros or more.

(2) Zahnbehandlung

Aufwendungen für zahnärztliche Behandlungen und die dazu gehörenden zahntechnischen Leistungen sind zu 100 % erstattungsfähig.

Als Zahnbehandlung gelten sämtliche zahnärztliche Behandlungen, die nicht unter die nachstehend genannten Leistungen (II) (O) (3) bis (6) fallen.

(3) Individualprophylaxe

Aufwendungen für die in der GOZ aufgeführten prophylaktischen Leistungen (siehe in Kapitel B der GOZ) **mit Ausnahme der professionellen Zahnreinigung** sind zu 100 % erstattungsfähig.

(4) Zahnersatz

Aufwendungen für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen bei Versorgung mit Zahnersatz sind zu 70 % erstattungsfähig; je Versicherungsjahr und zusammen mit den Leistungen (II) (O) (5) und (II) (O) (6) maximal bis zu einem Betrag in Höhe von 500 Euro, darüberhinausgehende Beträge sind nicht erstattungsfähig.

Wird der Versicherungsfall durch einen Unfall nach Beginn des Versicherungsschutzes hervorgerufen, werden die Kosten eines medizinisch notwendigen Zahnersatzes zu 100 % bis maximal 2.500 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren erstattet.

! Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsbeschädigung erleidet.

Als Versorgung mit Zahnersatz gelten

- prothetische Leistungen,
- implantologische Leistungen,
- die Versorgung mit Zahnkronen (z.B. Vollkronen, Teilkronen, Veneers) und
- Einlagefüllungen (z.B. Inlays, Onlays).

Erstattungsfähig sind sowohl metallische als auch vollkeramische Versorgungen. Sofern eine metallische Versorgung gewählt wird, sind auch Keramikverblendungen bis einschließlich Zahn 8 erstattungsfähig.

Zur Versorgung mit Zahnersatz zählen auch die hierfür notwendigen Bildaufnahmen und Anästhesieleistungen sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen.

(5) Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und die zugehörigen zahntechnischen Leistungen sind zu 100 % erstattungsfähig; je Versicherungsjahr und zusammen mit den Leistungen (II) (O) (4) und (II) (O) (6) maximal bis zu einem Betrag in Höhe von 500 Euro, darüberhinausgehende Beträge sind nicht erstattungsfähig.

Als funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen gelten auch die im Zusammenhang damit stehenden Bildaufnahmen sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen.

(2) Dental treatment

Eligible dental treatments and the associated dental technician services are eligible for reimbursement at 100 %.

Dental treatment includes all dental treatment that does not fall under the following benefits (II) (O) (3) to (6).

(3) Individual prophylaxis

Expenses for the prophylactic services listed in the GOZ (see Chapter B of the GOZ), **with the exception of professional tooth cleaning**, are 100 % reimbursable.

(4) Dentures

Expenses for dental and dental-technical services for the provision of dentures are reimbursable up to 70 %; per insurance year and together with benefits (II) (O) (5) and (II) (O) (6) up to a maximum amount of 500 euros; amounts in excess of this are not reimbursable.

If the insured event is caused by an accident after the start of the insurance cover, the costs of a medically necessary dental prosthesis will be reimbursed at 100 % up to a maximum of 2,500 euros within 2 insurance years.



An accident occurs when the insured person suffers involuntary damage to their health as a result of a sudden external event.

The following are considered to be the provision of a dental replacement:

- Prosthetic services,
- Implant services,
- Dental crowns (e.g. full crowns, partial crowns, veneers) and
- Inlay fillings (e.g. inlays, onlays).

Both metallic and fully ceramic restorations are eligible for reimbursement. If a metal restoration is chosen, ceramic veneers are also eligible for reimbursement up to and including tooth 8.

The provision of dental replacements also includes the necessary imaging and anaesthetic services, as well as the fitting of occlusal splints and dental aligners.

(5) Functional analysis and functional therapeutic services

Expenses for functional analysis and functional therapy services and the associated dental services are reimbursable at 100 %; per insurance year and together with the benefits (II) (O) (4) and (II) (O) (6) up to a maximum amount of 500 euros, amounts in excess of this are not reimbursable.

Functional analysis and functional therapeutic measures also include the associated imaging and the fitting of occlusal splints and dental aligners.

(6) Kieferorthopädische Leistungen

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen (ab kieferorthopädische Indikationsgruppe (KIG) 3) und die zugehörigen zahntechnischen Leistungen sind nur erstattungsfähig, sofern die versicherte Person zu Beginn der Maßnahme das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder an schweren Kieferanomalien leidet, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert. Von den erstattungsfähigen Kosten sind 70 % erstattungsfähig; je Versicherungsjahr und zusammen mit den Leistungen (II) (O) (4) und (II) (O) (5) maximal bis zu einem Betrag in Höhe von 500 Euro, darüberhinausgehende Beträge sind nicht erstattungsfähig.

Als kieferorthopädische Leistungen gelten auch die im Zusammenhang damit stehenden chirurgischen Leistungen, Bildaufnahmen und Anästhesieleistungen sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen.

(7) Heil- und Kostenplan

Die erstattungsfähigen Kosten für die Erstellung eines Heil- und Kostenplans, der vor Behandlungsbeginn eingereicht wird, sind zu 100 % erstattungsfähig.

Nach Erhalt des Heil- und Kostenplanes wird dieser unverzüglich von ottonova geprüft und dem Versicherungsnehmer Auskunft über die zu erwartende Erstattung und verbleibende Eigenbeteiligung erteilt.

(P) Stationär erbrachte zahnärztliche Behandlung

Eine stationäre zahnärztliche Behandlung ist nur dann erstattungsfähig, wenn sie aus allgemeinmedizinischen Gründen nicht ambulant durchgeführt werden kann. Es wird angeraten, das Vorliegen der stationären Indikation vor Behandlungsbeginn abzuklären.

Bei stationärer Behandlung sind wahl- bzw. privatärztliche Leistungen sowie belegärztliche Leistungen gemäß den in (II) (O) genannten Regelungen erstattungsfähig.

Alle anderen im Rahmen einer stationären zahnärztlichen Behandlung erbrachten Leistungen (insbesondere allgemeine Krankenhausleistungen und gesondert berechnete Unterbringung) werden gemäß (II) (H) erstattet.

(Q) Digitale Gesundheitsanwendungen

Erstattungsfähig nach dieser Klausel sind die digitalen Gesundheitsanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V (sog. „DiGA-Verzeichnis“ des BfArM, abrufbar auf deren Webseite) aufgenommen sind. Dies gilt, sofern kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann. Die digitalen Gesundheitsanwendungen sind bis zur Höhe erstattungsfähig, wie sie von einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse erstattet werden (vergleiche Preise im DiGA-Verzeichnis).

Voraussetzung für die Erstattung sind eine Verordnung des behandelnden Arztes oder des behandelnden Psychotherapeuten gemäß § 4 (1) a) und b) AVB/KKV und eine medizinisch notwendige Heilbehandlung nach § 1 (2) AVB/KKV.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen, die für die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung anfallen. Hierzu zählen zum Beispiel Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten etwa für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien.

(6) Orthodontic services

Expenses for orthodontic services (from orthodontic indication group (KIG) 3) and the associated dental services are only reimbursable if the insured person has not yet reached the age of 18 at the start of the treatment or suffers from severe jaw anomalies to an extent that requires combined oral surgery and orthodontic treatment measures. Eligible costs are eligible for reimbursement at 70 %; per insurance year and together with benefits (II) (O) (4) and (II) (O) (5) up to a maximum amount of 500 euros; amounts in excess of this are not reimbursable.

Orthodontic services also include the associated surgical services, imaging and anaesthesia services, as well as the fitting of occlusal splints and dental aligners.

(7) Treatment plan and cost schedule

The reimbursable costs for the preparation of a treatment plan and cost schedule submitted before the start of treatment are eligible for reimbursement at 100 %.

Upon receipt of the treatment plan and cost schedule, ottonova will review it without delay and inform the policyholder of the reimbursement that can be expected and the remaining excess-payment.

(P) Inpatient dental treatment

Inpatient dental treatment is eligible for reimbursement only if it cannot be performed on an outpatient basis for general medical reasons. It is advisable to check whether inpatient treatment is indicated before starting treatment.

In the case of inpatient treatment, optional or private medical services as well as services provided by attending physicians are eligible for reimbursement in accordance with the regulations specified in (II) (O).

All other services provided as part of inpatient dental treatment (in particular general hospital services and separately invoiced accommodation) are reimbursed in accordance with (II) (H).

(Q) Digital health applications

Digital health applications that the Federal Institute for Drugs and Medical Devices (BfArM) has included in the list of digital health applications pursuant to § 139e SGB V (the “DiGA Directory”, available on their website) are eligible for reimbursement under this clause, provided that no other cost bearer can be charged. Digital health applications are eligible for reimbursement up to the amount reimbursed by German statutory health insurance (cf. prices in the DiGA Directory).

The prerequisite for reimbursement is a prescription from the attending physician or the attending psychotherapist pursuant to § 4 (1) a) and b) AVB/KKV and medically necessary treatment pursuant to § 1 (2) AVB/KKV.

Expenses incurred for the use of the digital health application are not eligible for reimbursement. These includes, for example, acquisition, maintenance or operating costs for electronic devices, operating systems, electricity or batteries.



Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten in der privaten Pflegepflichtversicherung (ZVS PPV)

gültig ab 1. Juli 2025

**In Änderung bzw. Ergänzung der Allgemeinen
Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung
(MB/PPV 2025 und Tarif PV) gilt Folgendes:**

- 1.** Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten i.S.v. § 20 Abs. 1 Nrn. 9 und 10 SGB XI werden in Tarifstufe PVN versichert. Über die in Satz 1 genannte Eigenschaft ist eine Bescheinigung vorzulegen.
- 2.** Die unter Nr. 1 genannten Versicherten zahlen für Leistungen nach den Nrn. 1 bis 16 des Tarifs PV sowie nach § 4 Abs. 18 MB/PPV 2025 einen monatlichen Beitrag, der sich aus dem Versicherungsschein bzw. dessen Nachträgen ergibt.
- 3.** Besonders vereinbarte Beitragszuschläge ruhen während der Beitragseinstufung aufgrund der in Nr. 1 genannten Eigenschaft.
- 4.** Bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeiträge aus Vorversicherungszeiten. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrags gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV 2025, Nr. 3 b) der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und nach § 26a Abs. 1 SGB XI“, der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gem. § 193 Abs. 5 VVG“ oder der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI“, so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.
- 5.** Nach Wegfall der Eigenschaft gemäß Nr. 1, spätestens ab Vollendung des 39. Lebensjahres, erfolgt die Beitragseinstufung zum dann erreichten Alter nach Maßgabe von Nr. 4 Sätze 1 und 2.
- 6.** Bei einer Beitragsanpassung gemäß § 8b MB/PPV 2025 wird der Beitrag dergestalt begrenzt, dass das Verhältnis zwischen dem Beitrag für die unter Nr. 1 genannten Versicherten und dem jeweiligen Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung dem am 1. Januar 1995 maßgeblichen Verhältnis entspricht.
- 7.** Für eine Änderung dieser Zusatzvereinbarungen gilt § 18 MB/PPV 2025 entsprechend.



Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1 – Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

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

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem dir der

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

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an: ottonova Krankenversicherung AG, Ottostrasse 4, 80333 München oder per E-Mail an support@ottonova.de.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat dir den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn du zugestimmt hast, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um 1/30 des im Versicherungsschein ausgewiesenen Monatsbeitrags (siehe Versicherungsschein Seite 1) für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

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

Besondere Hinweise

Dein Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf deinen ausdrücklichen Wunsch sowohl von dir als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor du dein Widerrufsrecht ausgeübt hast.

Soweit in diesem Dokument Texte in englischer Sprache enthalten sind, weisen wir darauf hin, dass die englischen Texte lediglich eine nicht bindende Übersetzung für eine leichtere Lesbarkeit sind. Die deutschen Texte sind rechtlich bindend.
The German version is legally binding and shall prevail. The English translation is a non-binding version for your information only.

Revocation instruction

Clause 1 – Right of revocation, consequences of revocation and special information

Right of revocation

You may revoke your contractual declaration in writing (e.g. letter, fax, email) within a period of 14 days without giving reasons.

The revocation period begins after you have received

- the insurance policy
 - the contractual provisions, including the General Insurance Conditions applicable to the contractual relationship, which in turn include the tariff provisions,
 - this instruction,
 - the information sheet on insurance products
 - and the other information listed in Clause 2
- in each case in text form.

Timely dispatch of the revocation is sufficient to comply with the revocation period.

The revocation is to be sent to: ottonova Krankenversicherung AG, Ottostrasse 4, 80333 Munich or by email to support@ottonova.de.

Consequences of revocation

In the event of an effective revocation, the insurance cover ends and the insurer must reimburse you for the part of the premiums attributable to the period after receipt of the revocation if you have agreed that the insurance cover begins before the end of the revocation period. In this case, the insurer may retain the part of the premium attributable to the period up to receipt of the revocation; this is 1/30 of the monthly premium shown in the insurance policy (see insurance policy page 1) for each day on which insurance cover existed. The insurer must refund any amounts to be repaid immediately, at the latest 30 days after receipt of the revocation.

If the insurance cover does not begin before the end of the revocation period, the effective revocation means that any benefits received must be returned and any benefits derived (e.g. interest) must be surrendered. If you have effectively exercised your right of revocation with regard to the insurance contract, you are no longer bound by a contract related to the insurance contract. A related contract exists if it is related to the revoked contract and concerns a service provided by the insurer or a third party on the basis of an agreement between the third party and the insurer. A contractual penalty may neither be agreed nor demanded.



Abschnitt 2 – Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Unterabschnitt 1 – Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat dir folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
10. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

Special notes

Your right of revocation expires if the contract has been performed in full by both you and the insurer at your express request before you have exercised your right of revocation.

Clause 2 – List of further information required for the start of the revocation period

With regard to the further information mentioned in Clause 1 (2), the information duties are listed in detail below:

(1) – Duty to provide information for all classes of insurance

The insurer must provide you with the following information:

1. The identity of the insurer and any branch office through which the contract is to be concluded; the commercial register with which the legal entity is registered and the associated registration number must also be provided;
2. The insurer's address for service of summons and any other address relevant to the business relationship between the insurer and you, in the event of legal entities, associations or groups of persons also the name of an authorised representative; if the notification is made by transmitting the contractual provisions including the General Terms and Conditions of Insurance, the information must be in a prominent and clear form;
3. The main business activity of the insurer;
4. Information on the existence of a guarantee fund or other compensation schemes; the name and address of the guarantee fund must be stated;
5. The main features of the insurance benefit, in particular information on the type, scope and due date of the insurer's benefit;
6. The total price of the insurance, including all taxes and other price components, whereby the premiums must be itemised if the insurance relationship is to comprise several independent insurance contracts or, if an exact price cannot be stated, information on the basis of its calculation to enable you to check the price;
7. Any additional costs incurred, stating the total amount to be paid and any other taxes, fees or costs that are not paid through the insurer or invoiced by the insurer;
8. Details regarding payment and performance, in particular the method of payment of premiums;
9. Information on how the contract is concluded, in particular on the commencement of the insurance and the insurance cover as well as the duration of the period during which the applicant is to be bound by the application;
10. The existence or non-existence of a right of revocation as well as the conditions, details of the exercise, in particular the name and address of the person to whom the revocation is to be declared, and the legal consequences of the revocation, including information on the amount you may have to pay in the event of revocation; if the notification is made by transmitting the contractual provisions, including the General Terms and Conditions of Insurance, the information must be in a prominent and clear form;



11. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
- b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
12. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
13. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
14. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
15. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
16. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
17. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Unterabschnitt 2 – Zusätzliche Informationspflichten bei dieser Krankenversicherung

Bei dieser Krankenversicherung hat der Versicherer dir zusätzlich zu den oben genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. Angaben in Euro zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
2. Angaben in Euro zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
3. Angaben über die Auswirkungen steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung;
4. Hinweise auf die Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter, insbesondere auf die Möglichkeiten eines Wechsels in den Basistarif oder in andere Tarife gemäß § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes und der Vereinbarung von Leistungsausschlüssen sowie auf die Möglichkeit einer Prämienminderung gemäß § 152 Absatz 3 und 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes;
5. einen Hinweis, dass ein Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter in der Regel ausgeschlossen ist;

11. a) Information on the term of the contract;
- b) Information on the minimum term of the contract;
12. Information on the termination of the contract, in particular the contractual revocation conditions, including any contractual penalties; if notification is made by transmitting the contractual provisions, including the General Terms and Conditions of Insurance, the information must be in a prominent and clear form;
13. The Member States of the European Union whose law the insurer uses as a basis for entering into relations with you prior to the conclusion of the insurance contract;
14. The law applicable to the contract, a contractual clause on the law applicable to the contract or on the competent court;
15. The languages in which the contractual terms and conditions and the preliminary information referred to in this paragraph will be communicated, as well as the languages in which the insurer undertakes to communicate with your consent during the term of this contract;
16. Possible access for you to an out-of-court complaint and redress procedure and, if applicable, the conditions for such access; it must be expressly pointed out that this does not affect your right to take legal action;
17. The name and address of the competent supervisory authority and the possibility of lodging a complaint with this supervisory authority.

(2) – Additional information duties for this health insurance

For this health insurance, the insurer must provide you with the following information in addition to the information specified above:

1. Information in euros on the amount of the costs included in the premium; the included acquisition costs must be shown as a uniform total amount and the other included costs as a proportion of the annual premium, stating the respective term; in the case of the other included costs, the included administrative costs must also be shown separately as a proportion of the annual premium, stating the respective term;
2. Information in euros on other potential costs, in particular costs that may arise on a one-off basis or due to a special occasion;
3. Information on the effects of rising medical costs on future premium development;
4. Information on the options for limiting premiums in old age, in particular the options of switching to the basic tariff or other tariffs in accordance with Section 204 of the Insurance Contract Act and the agreement of benefit exclusions as well as the option of a premium reduction in accordance with Section 152 (3) and (4) of the Insurance Supervision Act;
5. A note that a change from private to statutory health insurance at an advanced age is generally excluded;



6. einen Hinweis, dass ein Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter mit höheren Beiträgen verbunden sein kann und gegebenenfalls auf einen Wechsel in den Basistarif beschränkt ist;
7. eine Übersicht in Euro über die Beitragsentwicklung im Zeitraum der dem Angebot vorangehenden zehn Jahre; anzugeben ist, welcher monatlichen Beitrag in den dem Angebot vorangehenden zehn Jahren jeweils zu entrichten gewesen wäre, wenn der Versicherungsvertrag zum damaligen Zeitpunkt von einer Person gleichen Geschlechts wie Sie mit Eintrittsalter von 35 Jahren abgeschlossen worden wäre; besteht der angebotene Tarif noch nicht seit zehn Jahren, so ist auf den Zeitpunkt der Einführung des Tarifs abzustellen, und es ist darauf hinzuweisen, dass die Aussagekraft der Übersicht wegen der kurzen Zeit, die seit der Einführung des Tarifs vergangen ist, begrenzt ist; ergänzend ist die Entwicklung eines vergleichbaren Tarifs, der bereits seit zehn Jahren besteht, darzustellen.
8. Ende der Widerrufsbelehrung

Deine ottonova Krankenversicherung AG

6. A note that a change within private health insurance at an advanced age may be associated with higher premiums and may be limited to a change to the basic tariff;
7. An overview in euros of the premium development over the ten years preceding the offer; The monthly premium that would have been payable in the ten years preceding the offer if the insurance contract had been taken out at that time by a person of the same sex as you with an entry age of 35; If the tariff offered has not yet existed for ten years, the date of introduction of the tariff must be taken as the basis, and it must be pointed out that the informative value of the overview is limited due to the short time that has passed since the tariff was introduced; in addition, the development of a comparable tariff that has already existed for ten years must be shown.
8. End of the revocation instruction

Your ottonova Krankenversicherung AG



Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um deine Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die ottonova Krankenversicherung AG (im Folgenden „**ottonova**“ genannt) daher deine datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt ottonova deine Schweigepflichtentbindung, um deine Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der privaten Krankenversicherung benötigt ottonova deine Schweigepflichtentbindung außerdem, um deine Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit dir besteht, an andere Stellen, z.B. externe Assistance-Dienstleister, IT-Dienstleister oder Gutachter weiterleiten zu dürfen.

Es steht dir frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. **Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.**

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit deinen Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch ottonova selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb von ottonova (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von dir gesetzlich vertretenen Personen wie zum Beispiel deine Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1 Erhebung, Speicherung und Nutzung der von dir mitgeteilten Gesundheitsdaten durch ottonova

Ich willige ein, dass ottonova die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

Wir weisen darauf hin, dass wir keine Gesundheitsdaten ohne dein Einverständnis erheben. Sofern es im Rahmen deines Versicherungsvertrages erforderlich sein sollte, Gesundheitsdaten bei Dritten zu erheben, holen wir von dir eine individuelle Schweigepflichtentbindung ein. Hiervon ausgenommen ist die Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen gem. Ziff. 3.2 sowie der Datenaustausch über die App gemäß Ziff. 3.3, für die deine Einwilligung und Schweigepflichtentbindung bereits mit diesem Dokument eingeholt wird.

3 Weitergabe deiner Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der ottonova

ottonova verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. ottonova benötigt deine Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang deine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Du wirst über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass ottonova meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an ottonova zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für ottonova tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

ottonova führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die Kundenbetreuung via Telefon, Chat oder anderen digitalen Kommunikationsmitteln, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung deiner Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der ottonova-Gruppe oder einer anderen Stelle (insbes. den sog. Assisteuren). Werden hierbei deine nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt ottonova deine Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

ottonova setzt für den Kunden-Service unter anderem auch Assisteure ein. Diese erbringen medizinische Assistance-Dienstleistungen, wie z.B. das Gesundheitstelefon, Online-Chats, Arzt-Termin-Services und sonstige Serviceleistungen. Die Assisteure und die ihnen jeweils übertragene(n) Aufgabe(n) sind in der im nächsten Absatz genannten Liste der Dienstleister aufgeführt.

ottonova stellt für den digitalen Austausch von Daten zwischen Versicherungsnehmer und ottonova und/oder den anderen Stellen (insbes. den Assisteuren) mit der App eine zentrale Kommunikationsplattform zur Verfügung. Die Datenübermittlung an die Assisteure kann daher auch in der Form einer Weitergabe von in der App gespeicherten Daten (siehe hierzu Ziff. 3.3) erfolgen.

ottonova führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die ottonova erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.ottonova.de eingesehen oder beim ottonova Customer Support, Ottostr. 4, 80333 München, Servicetelefon +49 89 12140712, support@ottonova.de angefordert werden. Für die Weitergabe deiner Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt ottonova deine Einwilligung.

Ich willige ein, dass ottonova meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie ottonova dies tun dürfte. In diesem Umfang und für diese Zwecke dürfen die in der Liste genannten Stellen auch in der App abgelegte Gesundheitsdaten erhalten. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ottonova-Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenübermittlung und -speicherung über die App als zentrale Kommunikationsplattform

Als digitale private Krankenversicherung bietet ottonova bestimmte Leistungen über die App an. Diese Leistungen (im Folgenden „App-Services“ genannt) umfassen insbesondere

- den 24/7 Concierge-Service (zentrale Anlaufstelle für Fragen rund um die Gesundheit und die ottonova-Versicherung),
- medizinische Beratung (per Telefon, Videoberatung oder Online-Chat),
- individuelle Vorsorge-Erinnerungen,

- Recherche von Ärzten und Terminvereinbarung,
- die Speicherung wichtiger gesundheits- bzw. versicherungsbezogener Ereignisse (z.B. Arztbesuche) und dazugehöriger Dokumente in der sog. „Timeline“,
- die Dokumenten-Übermittlungsfunktion an ottonova (z.B. Einreichen gescannter Rechnungen oder Arztbriefe).

ottonova führt einige der genannten Leistungen nicht selbst durch. Soweit andere Stellen (insbes. externe Assistance- oder IT-Dienstleister) im Auftrag der ottonova an der Erbringung von Leistungen über die App mitwirken, ist dies aus der in Ziff. 3.2 genannten Liste in der Anlage ersichtlich.

Die Nutzung der App-Services durch den Versicherungsnehmer erfordert die Erhebung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten, nämlich:

- Gesprächsinhalte aus Chatverläufen mit medizinischem Fachpersonal (z.B. Krankenschwestern) oder Ärzten
- Mitschriften und Gesprächsnotizen von medizinischem Fachpersonal (z.B. Krankenschwestern) oder Ärzten
- Ergebnisse aus medizinischen Recherchen (z.B. Arztsuche)
- gesundheits- bzw. versicherungsbezogene Ereignisse (z.B. Arztbesuche, Weiterleitung zu Fachärzten, Terminvereinbarung) sowie damit zusammenhängende digitale Dokumente (z.B. Arztbriefe)
- Gesundheitsdaten in vom Versicherungsnehmer hochgeladenen Dokumenten (z.B. gescannten Rechnungen)

Ich willige ein, dass die gemäß der Liste im Anhang an der Erbringung der App-Services mitwirkenden Stellen, die im Rahmen ihrer jeweiligen Leistungserbringung anfallenden oben beschriebenen Gesundheitsdaten an ottonova übermitteln und in der App zum Zweck der Erbringung der App-Services speichern dürfen. Ich entbinde die Mitarbeiter dieser Stellen im Hinblick auf diese Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Die Weitergabe der in der App gespeicherten Daten von ottonova an andere Stellen und der Zugriff auf diese Daten durch andere Stellen richtet sich nach Ziff. 3.2.

3.4 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung deiner Ansprüche abzusichern, kann ottonova Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls deine Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass ottonova deinen Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung ottonova aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob ottonova das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über deine bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über deine bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Deine personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung deiner Gesundheitsdaten an Rückversicherungen wirst du durch ottonova unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für ottonova tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.5 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

ottonova gibt grundsätzlich keine Angaben zu deiner Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf deine Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über deinen Vertrag, Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der dich betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z.B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) dein Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der deinen Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Bei einer Versicherungsvermittlung erfährt der Vermittler auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des dich betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Du wirst bei einem Wechsel des dich betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert, sowie auf deine Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass ottonova meine Vertragsdaten sowie meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4 Speicherung und Verwendung deiner Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit dir nicht zustande, speichert ottonova deine im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass du erneut Versicherungsschutz beantragst. ottonova speichert deine Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Deine Daten werden bei ottonova bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung bzw. Durchführung der Risikoprüfung gespeichert.

Ich willige ein, dass ottonova meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von 3 Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Ferner willige ich ein, dass ottonova die zur Durchführung der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten – wenn der Versicherungsvertrag nicht zustande kommt oder kein Antrag gestellt wird – für einen Zeitraum von 3 Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Risikoprüfung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.



Dienstleisterliste 1/5

Die ottonova-Gesellschaften, die in gemeinsamen Datenbanken und Datenbearbeitungsverfahren deine Stammdaten nutzen

ottonova Krankenversicherung AG
ottonova services GmbH
ottonova Holding AG
on Beratungs- und Vertriebs-GmbH

Hinweis

In der Liste sind alle Dienstleister aufgeführt, die vereinbarungsgemäß personenbezogene Daten im Auftrag der ottonova Krankenversicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen. In der Krankenversicherung betrifft dieses teilweise auch Gesundheitsdaten oder nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte personenbezogene Daten (z.B. den Inhalt des Versicherungsvertrages). Das bedeutet jedoch nicht, dass deine Daten an alle Dienstleister weitergegeben werden.



Dienstleisterliste 2/5

Die folgenden Dienstleister erbringen im Auftrag der ottonova-Gesellschaften Leistungen, für die es erforderlich ist, personenbezogene Daten und von der Schweigepflicht geschützte Gesundheitsdaten zu erfragen, verarbeiten oder zu nutzen.

Gesellschaft(en)	Dienstleister	Gegenstand und Zweck der Beauftragung
ottonova Krankenversicherung AG	ottonova Holding AG	Recht, Compliance und Rechnungswesen, Beschwerdemanagement
	ottonova services GmbH	Bestandsführung, Leistungsbearbeitung, Risikoprüfung, Postverarbeitung, IT-Services
	on Beratungs- und Vertriebs GmbH	Vertrieb, Call-Center
	Creditreform München Ganzmüller, Groher & Kollegen KG	Forderungsmanagement
	General Reinsurance AG	Rückversicherung
	MEDICPROOF GmbH	Begutachtung und Beratung zur Pflegebedürftigkeit
	Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV Verband)	Poolmeldung zum Basistarif, zur Pflegepflichtversicherung und zum Beihilfe-Überschaden-Ausgleich (sog. Beamtenöffnungsaktion), Erstellung der Krankenversichertenummer (KVRN)
	Gutachter, Beratungsärzte, Begutachtungsfirmen	Erstellung von Gutachten, Leistungsprüfungen, Beratungsleistungen verschiedener Fachrichtungen insbesondere zu weiteren Behandlungsmöglichkeiten, Pflegeleistungen, Rehabilitationsdienstleistungen
	Kooperationspartner	Medizinische Beratung, Betreuung und Behandlung
	Anbieter medizinischer Produkte	Hilfsmittelversorgung
	Getsafe Digital GmbH	Vertragsbetreuung, Leistungsbearbeitung, Customer Support, Forderungsmanagement
	UniCredit Bank GmbH	Finanzdienstleister
	Global Side & Notrix GmbH in Zusammenarbeit mit der Notrix AG, der Notrix Services Kft. (in Ungarn), der Global Side Detection GmbH und der Global Side GmbH	Unterstützung bei der Betrugserkennung im Leistungsbereich
	MediaKom GmbH & Co. KG	Unterstützung bei der Leistungsfallbearbeitung
	Rise GmbH zusammen mit der Vertrauensstelle des Robert Koch-Instituts	Meldungen an das Implantateregister

Hinweis

In der Liste sind alle Dienstleister aufgeführt, die vereinbarungsgemäß personenbezogene Daten im Auftrag der ottonova Krankenversicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen. In der Krankenversicherung betrifft dieses teilweise auch Gesundheitsdaten oder nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte personenbezogene Daten (z.B. den Inhalt des Versicherungsvertrages). Das bedeutet jedoch nicht, dass deine Daten an alle Dienstleister weitergegeben werden.



Dienstleisterliste 3/5

Die folgenden Dienstleister erbringen im Auftrag der ottonova-Gesellschaften Leistungen, für die es erforderlich ist, personenbezogene Daten und von der Schweigepflicht geschützte Gesundheitsdaten zu erfragen, verarbeiten oder zu nutzen.

Gesellschaft(en)	Dienstleister	Gegenstand und Zweck der Beauftragung
ottonova Krankenversicherung AG	Deutsche Rentenversicherung	KVNR-Erstellung
	ITSG GmbH	KVNR-Erstellung
ottonova services GmbH	SHL Telemedizin GmbH	Gesundheitstelefon/-chat, Customer Support in Randzeiten
	msg nex insure ag	Software zur Bestandsführung, IT-Dienstleistungen, Leistungsbearbeitung stationäre Fälle
	msg life central europe GmbH	Software zur Bestandsführung, IT-Dienstleistungen
	Insiders Technologies GmbH	Eingangsdatenvalidierung
	MD Medicus Assistance Service GmbH	Medizinische Auslandsassistance, Reha-, Pflege- und Hilfsmittelmanagement
	SCHUFA Holding AG	Bonitätsprüfungen
	Medicals Direct Deutschland GmbH	Medizinische Begutachtung und Beratung
	Medexo GmbH	Ärztliche Gutachten
	Gutachter, Beratungsärzte, Begutachtungsfirmen	Erstellung von Gutachten, Leistungsprüfungen, Beratungsleistungen verschiedener Fachrichtungen insbesondere zu weiteren Behandlungsmöglichkeiten, Pflegeleistungen, Rehabilitationsdienstleistungen
	Kooperationspartner	Medizinische Beratung, Betreuung und Behandlung
	Anbieter medizinischer Produkte	Hilfsmittelversorgung
	IBM Deutschland GmbH	Unterstützung in der manuellen Nachkorrektur im Input Management
	DIGI-TEXX VIETNAM Ltd.; Ho Chi Minh City, Vietnam	Unterstützung in der manuellen Nachkorrektur im Input Management
	DIGI-TEXX VIETNAM Ltd.; Vi Thanh City, Vietnam	Unterstützung in der manuellen Nachkorrektur im Input Management
	Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft AG	Systemtechnische Unterstützung bei der Risiko-prüfung
	Expatrio Global Services GmbH und DR-WALTER GmbH	Einschlägig nur für ausländische Studenten, die über Expatrio Global Services GmbH/DR-WALTER GmbH einen Vertrag abschließen: Austausch von Versicherungsvertragsdaten (inkl. Gesundheitsangaben)

Hinweis

In der Liste sind alle Dienstleister aufgeführt, die vereinbarungsgemäß personenbezogene Daten im Auftrag der ottonova Krankenversicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen. In der Krankenversicherung betrifft dieses teilweise auch Gesundheitsdaten oder nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte personenbezogene Daten (z.B. den Inhalt des Versicherungsvertrages). Das bedeutet jedoch nicht, dass deine Daten an alle Dienstleister weitergegeben werden.



Dienstleisterliste 4/5

Die folgenden Dienstleister erbringen im Auftrag der ottonova-Gesellschaften Leistungen, für die es erforderlich ist, personenbezogene Daten und von der Schweigepflicht geschützte Gesundheitsdaten zu erfragen, verarbeiten oder zu nutzen.

Gesellschaft(en)	Dienstleister	Gegenstand und Zweck der Beauftragung
ottonova services GmbH	VIER GmbH	Telefonanlagebetrieb und Co-Browsing
	DATEV eG	Druck-Versand
	salesforce.com Germany GmbH	CRM
	Microsoft Deutschland GmbH	Microsoft Office Anwendungen
ottonova Holding AG	UniCredit Bank AG	Finanzdienstleistungssoftware
	ISS Software GmbH	Finanzbuchhaltung- und Meldesystem
	Siemssen Consulting GmbH	Sanktionslistenprüfung

Hinweis

In der Liste sind alle Dienstleister aufgeführt, die vereinbarungsgemäß personenbezogene Daten im Auftrag der ottonova Krankenversicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen. In der Krankenversicherung betrifft dieses teilweise auch Gesundheitsdaten oder nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte personenbezogene Daten (z.B. den Inhalt des Versicherungsvertrages). Das bedeutet jedoch nicht, dass deine Daten an alle Dienstleister weitergegeben werden.



Dienstleisterliste 5/5

Die folgenden Dienstleister erbringen ebenfalls Leistungen im Auftrag der ottonova-Gesellschaften, allerdings spielt die Verarbeitung von personenbezogenen Daten keine zentrale Rolle. Außerdem finden sich Auftragnehmer, die reine Rechenzentrumsleistungen zur Verfügung stellen oder Unternehmen, die nur gelegentlich bzw. einmalig tätig werden.

Gesellschaft(en)	Dienstleister	Gegenstand und Zweck der Beauftragung
ottonova Holding AG	ottonova services GmbH	IT Services
	Rhenus Archiv Services GmbH	Archivdienstleistungen (u.a. Datenvernichtung)
ottonova services GmbH	Amazon Web Services, Inc.	System Hosting (Verschlüsselt)
	Global Side GmbH	Softwarelieferung für medizinische Prüfungen
	Deutsche Telekom AG	Backup System Hosting
	Göbel + Lenze Direktmarketing GmbH	Versanddienstleistung
	PAV Card GmbH	Erstellung von Gesundheitskarten
	Colt Technology Services GmbH	Internetanbieter
	M-net Telekommunikations GmbH	Backup Internetanbieter
	Twilio, Inc.	2-Faktor-Autentifizierung via SMS
	Melissa Data GmbH	Adressverifikation und Autovervollständigung
	IT-Sicherheitsdienstleister	Überprüfung der IT-Sicherheitssysteme auf Auffälligkeiten und Schwachstellen
	ActiveCampaign Postmark LLC	E-Mail-Versanddienst
ottonova Krankenversicherung AG	Deutsche Post AG	Versanddienstleistungen
	Bundeszentralamt für Steuern	Meldung der Versicherungsbeiträge

Hinweis

In der Liste sind alle Dienstleister aufgeführt, die vereinbarungsgemäß personenbezogene Daten im Auftrag der ottonova Krankenversicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen. In der Krankenversicherung betrifft dieses teilweise auch Gesundheitsdaten oder nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte personenbezogene Daten (z.B. den Inhalt des Versicherungsvertrages). Das bedeutet jedoch nicht, dass deine Daten an alle Dienstleister weitergegeben werden.



Datenschutzhinweise

Als digitale Krankenversicherung legen wir größten Wert auf die Sicherheit deiner Daten. Mit diesen Hinweisen informieren wir dich über die Verarbeitung deiner personenbezogenen Daten und die dir nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

ottonova Krankenversicherung AG
Ottostr. 4
80333 München
E-Mail: support@ottonova.de

Datenschutzbeauftragter

Rechtsanwalt Dr. Sebastian Kraska, IITR GmbH
Marienplatz 2
80331 München
Tel: 089 / 18 91 73 60 E-Mail: ottonova@iitr.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten deine personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Bereits im Antragsprozess auf Versicherungsschutz benötigen wir die von dir hierbei gemachten Angaben und evtl. ergänzende Angaben Dritter für den Abschluss des Vertrags und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z.B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zu Leistungsfällen benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob und in welchem Umfang ein Versicherungsfall eingetreten ist und welche Leistungen du von uns erhältst.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrags ist ohne die Verarbeitung deiner personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir deine personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z.B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller bei der ottonova Krankenversicherung AG bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung oder für umfassende Auskunftserteilungen. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 lit. b) DS-GVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. deine Gesundheitsdaten bei Abschluss einer Krankenversicherung) erforderlich sind, holen wir deine Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a) i. V. m. Art. 7 DS-GVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 lit. j) DS-GVO i. V. m. § 27 BDSG.

Deine Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 lit. f) DS-GVO).

Dies kann insbesondere erforderlich sein

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der ottonova Krankenversicherung AG und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir deine personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z.B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i.V.m. Art. 6 Abs. 1 lit. c) DS-GVO. Sollten wir deine personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir dich im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, deine Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln deine Daten an den Rückversicherer nur, soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrags mit dir erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zum eingesetzten Rückversicherer kannst du unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Vermittler:

Soweit du hinsichtlich deiner Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut wirst, verarbeitet dein Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrags benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die dich betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu deiner Betreuung und Beratung in deinen Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe (derzeit ottonova Krankenversicherung AG, ottonova Holding AG, ottonova services GmbH, on Beratungs- und Vertriebs-GmbH):

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. In unserer Dienstleisterliste findest du die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, kannst du der beiliegenden Dienstleisterliste sowie in der jeweils aktuellen Version unserer Dienstleisterliste auf unserer Internetseite unter www.ottonova.de/datenschutz entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir deine personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z.B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen deine personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von 3 oder bis zu 30 Jahren). Zudem speichern wir deine personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu 15 Jahren. Falls der Versicherungsvertrag nicht zu Stande kommt, löschen wir deine Antragsdaten 3 Jahre nach Antragstellung. Gleiches gilt für die Daten, die im Rahmen des Antragsprozesses bei der Risikoprüfung erhoben werden. In diesem Fall werden diese Daten ebenfalls für 3 Jahre gespeichert.

Betroffenenrechte

Du kannst unter der o.g. Adresse Auskunft über die zu deiner Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus kannst du unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung deiner Daten verlangen. Dir kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung deiner Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von dir bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht: Du hast das Recht, einer Verarbeitung deiner personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen. Verarbeiten wir deine Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, kannst du dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus einer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

Du hast die Möglichkeit, dich mit einer Beschwerde an den o.g. Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht
Promenade 18
91522 Ansbach

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z.B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern kannst du unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis deiner Angaben zum Risiko, zu dem du bei Antragstellung befragt wirst, entscheiden wir ggf. vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrags, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von dir zu zahlenden Versicherungsprämie. Aufgrund deiner Angaben zum Versicherungsfall und der zu deinem Vertrag gespeicherten Daten entscheiden wir ggf. vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen. Nähere Informationen kannst du unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.



Wichtige Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz

Lieber Versicherungsnehmer,

damit wir deinen Versicherungsvertrag ordnungsgemäß prüfen können, bist du verpflichtet die Fragen im Versicherungsantrag wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Diese Pflicht besteht auch für die zu versichernde(n) Person(en). Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen du keine oder nur geringe Bedeutung beimisst.

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind deine Angaben zu den im Versicherungsantrag gestellten Fragen zu gefahrerheblichen Umständen. Du bist verpflichtet, diese Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Diese Pflicht besteht auch für die zu versichernde(n) Person(en).

Angaben, die du nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler (sofern ein solcher eingeschaltet ist) machen möchtest, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber uns nachzuholen. Hierzu schreibe uns bitte ein E-Mail an support@ottonova.de oder ruf uns unter folgender Tel.-Nummer an: +49 89 12 1407 12

Bitte beachte, dass du deinen Versicherungsschutz gefährdest, wenn du unrichtige oder unvollständige Angaben machst.

Ausführliche Hinweise zu den Anzeigepflichten und zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung kannst du der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass du alle in Verbindung mit dem Versicherungsvertrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortest. Wir sind auf deine Angaben angewiesen, um das Risiko richtig einschätzen zu können und den Beitrag in einer angemessenen Höhe zu ermitteln. Du bist bis zur Abgabe der Vertragserklärung verpflichtet, alle dir bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach deiner Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, bist du auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Wir verlangen keine Mitteilung über durchgeführte genetische Untersuchungen. Eine genetische Untersuchung ist eine auf den Untersuchungszweck gerichtete genetische Analyse zur Feststellung genetischer Eigenschaften oder vorgeburtliche Risikoabklärung einschließlich der Beurteilung der jeweiligen Ergebnisse.

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

1 Rücktritt

Verletzt du die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn du nachweist, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist.

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

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn du nachweist, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn du die Anzeigepflicht arglistig verletzt hast.

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

2 Kündigung

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

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten oder wenn es sich um eine Krankheitskostenvollversicherung handelt, die die Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz erfüllt.

3 Vertragsänderung

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

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

Die Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung, die der Erfüllung der Versicherungspflicht dient, wird jedoch erst wirksam, wenn du uns nachweist, dass du bei einem anderen Versicherer einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen hast, nach dem du ohne Unterbrechung versichert bist.

4 Ausübung unserer Rechte

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

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

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

5 Anfechtung

Wenn du uns arglistig täuschst, können wir den Vertrag auch anfechten.

6 Stellvertretung durch eine andere Person

Lässt du dich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte sowohl die Kenntnis und Arglist deines Stellvertreters als auch deine eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Du kannst dich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder deinem Stellvertreter noch dir Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.



Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärmäßig bedürftig sind. Dieses Informationsblatt erläutert kurz die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung.

1 Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

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

2 Prinzipien der privaten Krankenversicherung

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

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

¹ Wenn man bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert war, gelten Sonderregelungen. Zu diesen Regelungen sollte man sich ggf. gesondert informieren.



Soweit in diesem Dokument Texte in deutscher und englischer Sprache enthalten sind, weisen wir darauf hin, dass die englischen Texte lediglich eine nicht bindende Übersetzung für eine leichtere Lesbarkeit sind. Die deutschen Texte sind rechtlich bindend.

The German version is legally binding and shall prevail. The English translation is a non-binding version for your information only.

Elektronische Lohnsteuerabzugsmerkmale (ELStAM): Meldung der privaten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge und Widerspruchsrecht

Liebe Versicherte,

auf dem Weg, Lohnabrechnungen künftig in Deutschland ohne Papierdokumente möglich zu machen, hat der Gesetzgeber private Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen verpflichtet, die Höhe der Beiträge für eine private Krankenversicherung und eine private Pflegeversicherung sowie des steuerlich als Sonderausgabe absetzbaren Teils dieser Beiträge den Finanzbehörden im Voraus elektronisch zu übermitteln. Mit diesem sogenannten ELStAM-Verfahren werden deine tatsächlichen Aufwendungen zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung nachgewiesen.

Die elektronische Meldung deiner Beiträge zu deiner privaten Kranken- und Pflegeversicherung erfolgt zukünftig jährlich. Die erste Meldung wird im November 2025 für die ab dem 1. Januar 2026 geltenden Beiträge ausgespielt. Bei unterjähriger Beitragsänderung wird die neue Beitragshöhe zeitgleich elektronisch übermittelt.

Die ottonova Krankenversicherung wird die Höhe der monatlichen Beiträge für eine private Krankenversicherung und eine private Pflege-Pflichtversicherung für die Gewährung eines nach § 3 Nummer 62 EStG steuerfreien Zuschusses (Beitragsart Arbeitgeberzuschuss) sowie eine private Krankenversicherung und eine private Pflege-Pflichtversicherung im Sinne des § 10 Abs. 1 Nummer 3 Satz 1 EStG (Beitragsart Vorsorgebetrag) melden. Betroffen sind alle Personen mit einem entsprechenden Versicherungsschutz, sofern der Versicherungsnehmer der Datenübermittlung gegenüber ottonova nicht widersprochen hat.

Die Arbeitgeber werden diese Daten zur Lohnbesteuerung abrufen und können so die Höhe des Arbeitgeberzuschusses zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung sowie die Berücksichtigung der abzugsfähigen Beitragsanteile im Rahmen der Lohnsteuerfestsetzung ableiten.

Die elektronische Meldung ist für dich sehr vorteilhaft, da du keine Bescheinigung mehr an den Arbeitgeber weiterleiten musst. Dies geschieht zukünftig in einem unkomplizierten digitalen Prozess. Sollte sich dein Versicherungsbeitrag verändern, wird automatisch die neue Beitragshöhe gemeldet.

Wenn du nicht möchtest, dass dein Arbeitgeber diese Informationen zur Höhe deiner privaten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge und ggf. mitversicherter Familienangehöriger

erhält, dann kannst du der Datenmeldung gegenüber ottonova formlos ganz oder teilweise (z.B. für Risikozuschläge, für einzelne versicherte Personen) widersprechen. ottonova wird daraufhin – so weit widersprochen – keine bzw. weniger Daten in die ELStAM-Datenbank übertragen.

Bedenke aber bitte: Je nach Ausgestaltung des Widerspruchs ist der Arbeitgeberzuschuss zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung dann steuerpflichtig und/oder die private Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge werden nicht oder nur zum Teil als Sonderausgabe von der Lohnsteuer abgezogen. Das Widerspruchsrecht kann nur mit Wirkung für die Zukunft und den (jeweiligen) Besteuerungszeitraum einheitlich ausgeübt werden (z.B. nur für das kommende Jahr oder dauerhaft für die Zukunft bis auf Widerruf).

Wenn wir nichts von dir hören, gehen wir davon aus, dass du von den Vorteilen des neuen ELStAM-Verfahrens profitieren möchtest.

Bei weitergehenden Fragen zu den konkreten Auswirkungen der ELStAM-Meldung auf deine persönliche Situation wende dich bitte an deinen Arbeitgeber, Steuerberater bzw. die Finanzverwaltung. Bitte habe Verständnis dafür, dass wir aus rechtlichen Gründen keine individuelle Steuerberatung erbringen dürfen.

Im Übrigen steht dir unser Concierge-Service wie gewohnt zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Deine ottonova Krankenversicherung AG

Electronic income tax deduction characteristics (ELStAM): Reporting private health and long-term care insurance contributions and right of objection

Dear insured persons,

As part of efforts to make paperless payslips possible in Germany in future, the legislator has obliged private health and long-term care insurance companies to electronically transmit the amount of contributions for private health insurance and private long-term care insurance, as well as the portion of these contributions that is tax-deductible as special expenses, to the tax authorities in advance. This so-called ELStAM procedure is used to verify your actual expenses for private health and long-term care insurance.

In future, your contributions to your private health and long-term care insurance will be reported electronically on an annual basis. The first report will be issued in November 2025 for contributions applicable from 1 January 2026. If there is a change in contributions during the year, the new contribution amount will be transmitted electronically at the same time.

Ottonova health insurance will report the amount of the monthly contributions for private health insurance and private compulsory nursing care insurance for the granting of a tax-free subsidy (contribution type: employer subsidy) in accordance with Section 3 (62) of the German Income Tax Act (EStG) as well as private health insurance and private compulsory nursing care insurance within the meaning of Section 10 (1) (3) sentence 1 EStG (contribution type: pension contribution). This affects all persons with corresponding insurance cover, provided that the policyholder has not objected to the transfer of data to ottonova.

Employers will retrieve this data for wage taxation purposes and can thus derive the amount of the employer subsidy for private health and long-term care insurance as well as the deductible contribution shares for wage tax assessment purposes.

Electronic reporting is very advantageous for you, as you no longer have to forward any certificates to your employer. In future, this will be done in a straightforward digital process. If your insurance contribution changes, the new contribution amount will be reported automatically.

If you do not want your employer to receive this information about the amount of your private health and long-term care insurance contributions and, if applicable, those of co-insured family members, you can informally object to the data reporting to ottonova in

whole or in part (e.g. for risk surcharges, for individual insured persons). Ottonova will then transfer no or less data to the ELStAM database, depending on the extent of your objection.

Please note, however, that depending on the nature of the objection, the employer's contribution to private health and long-term care insurance may then be taxable and/or the private health and long-term care insurance contributions may not be deducted from income tax as special expenses, or only partially. The right of objection can only be exercised uniformly with effect for the future and the (respective) tax period (e.g. only for the coming year or permanently for the future until revoked).

If we do not hear from you, we will assume that you wish to benefit from the advantages of the new ELStAM procedure.

If you have any further questions about the specific effects of the ELStAM notification on your personal situation, please contact your employer, tax advisor or the tax authorities. Please understand that for legal reasons we are not permitted to provide individual tax advice.

Our concierge service remains at your disposal as usual.

Kind regards

Your ottonova Krankenversicherung AG



Eine unverbindliche englische Lesefassung findest du weiter unten.
A non-binding English version of this letter can be found below.

Liebe/r Versicherungsnehmer*in

zu deinem Versicherungsschutz bei ottonova gehört auch die private Pflegepflichtversicherung (PPV) nach dem **Tarif PVN oder PVB**. Zu diesem Tarif haben wir heute Informationen für dich:

Ab dem **01.01.2026** ändern sich Leistungen deiner privaten Pflegepflichtversicherung. Die Änderung erfolgt aufgrund des kürzlich verabschiedeten Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege in Verbindung mit § 1 Abs. 12 deiner Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (AVB PPV), das zum 01.01.2026 in Kraft treten soll. Dies wird eine Anpassung der PPV-Vertragsdokumente notwendig machen (siehe hierzu weiter unten).

Die Neuerungen werden ab unterschiedlichen Zeitpunkten gelten. Ab dem 01.01.2026 wird dies von uns bei der Leistungsabrechnung berücksichtigt. Hierfür musst du nichts weiter tun. Bei Rückfragen hierzu wende dich gerne an deinen ottonova Concierge.

Die wichtigsten Änderungen erläutern wir dir nachfolgend:

Für Pflegegeldbezieher ändern sich die Zeiträume, in denen ein Beratungsbesuch in Anspruch zu nehmen ist. Bei Pflegegrad 2 – 5 ist der Pflegegeldbezieher verpflichtet, einmal im Halbjahr einen Beratungsbesuch, z.B. durch die Pflegeberatung von compass oder einen Pflegedienst in Anspruch zu nehmen. Bei Pflegegrad 4 oder 5 kann dieser vierteljährlich einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen.

Erstattet werden bei Pflegegrad 1 – 5 Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen bis zu insgesamt 40 Euro im Kalendermonat und für ergänzende Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegeeinrichtungen bis zu insgesamt 30 Euro im Kalendermonat.

Die Erstattung der Kosten für Verhinderungspflege setzt voraus, dass ein Antrag auf Erstattung unter Nachweis der Kosten bis zum Ablauf des Kalenderjahres gestellt wird, das auf die Durchführung der Verhinderungspflege folgt.

Neu hinzugekommen sind Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung. In dieser Wohnform besteht für Pflegebedürftige ein Anspruch auf einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 450 Euro je Kalendermonat zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege und auf bestimmte Leistungen der Pflegeversicherung. Bei Pflegegrad 1 – 5 sind das Pflegeberatung, Pflegehilfsmittel, Verbrauchshilfsmittel, digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen, zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung sowie Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen.

Bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 besteht darüber hinaus ein Anspruch auf häusliche Pflegehilfe, anteiliges Pflegegeld, Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen sowie auf Kurzzeitpflege für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen.

Neu ist auch, dass Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr weitergewährt wird. Bislang waren es sechs Wochen im Kalenderjahr. Statt in den ersten vier Wochen wird nun in den ersten acht Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Leistungen, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 SGB XI entspricht, oder einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld weitergezahlt. Auch die Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen werden nunmehr für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten oder bei Erholungsuraub der Pflegeperson oder in den ersten acht Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation des Pflegebedürftigen weitergezahlt.

Diese Neuerungen machen wiederum eine Anpassung der Vertragsdokumente Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (**AVB PPV**), Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten in der privaten Pflegepflichtversicherung (**ZVS PPV**), Besondere Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (**KANW PPV**) und Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (**GANW PPV**) notwendig. Diese wird voraussichtlich zum **01.04.2026** erfolgen. Die vergangenen sowie aktuell gültigen Fassungen findest du auf unserer Webseite unter <https://www.ottonova.de/versicherungsbedingungen/pflegepflichtversicherung>.

Weiter möchten wir dich darauf hinweisen, dass das **Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis** der privaten Pflegepflichtversicherung vom Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. wiederum fortgeschrieben worden ist, vgl. hierzu Abschnitt III. Tarifbedingungen Ziffer 4 der AVB PPV. Die Änderung tritt ebenso zum 01.01.2026 in Kraft. Die neue Fassung des Pflege-/Hilfsmittelverzeichnisses Stand 1. Januar 2026 findest du ebenfalls auf unserer Webseite unter <https://www.ottonova.de/versicherungsbedingungen/pflegepflichtversicherung>.

Das Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der PPV wird regelmäßig entsprechend den Veränderungen des GKV-Hilfsmittelverzeichnisses angepasst. Es ist gesetzlich vorgeschrieben, dass die private Pflegepflichtversicherung Vertragsleistungen vorsieht, die nach Art und Umfang den Leistungen der sozialen Pflegepflichtversicherung gleichwertig sind. Der juristische Treuhänder hat der Änderung zugestimmt und deren Angemessenheit bestätigt.

Wenn du mehr über diese Änderungen wissen möchtest, frag einfach bei unserem Concierge nach.

Mit freundlichen Grüßen

Deine ottonova Krankenversicherung AG

Soweit in diesem Dokument Texte in deutscher und englischer Sprache enthalten sind, weisen wir darauf hin, dass die englischen Texte lediglich eine nicht bindende Übersetzung für eine leichtere Lesbarkeit sind. Die deutschen Texte sind rechtlich bindend.



The German version is legally binding and shall prevail. The English translation is a non-binding version for your information only.

Dear policyholder

Your insurance coverage with ottonova also includes private compulsory long-term care insurance (PPV) under the **PVN or PVB** tariff. We have some information for you today regarding this tariff:

As of **January 1, 2026**, the benefits of your private compulsory long-term care insurance will change. The change is due to the recently passed law on the expansion of powers and reduction of bureaucracy in nursing care in conjunction with Section 1 (12) of your General Insurance Conditions for Private Compulsory Long-Term Care Insurance (AVB PPV), which is to come into force on January 1, 2026. This will require an adjustment of the PPV contract documents (see below).

The changes will take effect at different times. We will take this into account in our benefit statements from January 1, 2026. You do not need to do anything else. If you have any questions, please contact your ottonova concierge.

The most important changes are explained below:

For care allowance recipients, the periods during which a consultation visit must be made will change. For care levels 2–5, care allowance recipients are required to make use of a consultation visit once every six months, e.g., through the care advice service provided by compass or a care service. For care levels 4 or 5, a consultation visit can be made every three months.

For care levels 1–5, expenses for digital care applications are reimbursed up to a total of €40 per calendar month and for supplementary support services provided by outpatient care facilities up to a total of €30 per calendar month.

Reimbursement of the costs for respite care requires that an application for reimbursement be submitted with proof of the costs by the end of the calendar year following the provision of respite care.

New additions include services in communal living arrangements with nursing care contracts. In this type of living arrangement, people in need of care are entitled to a flat-rate subsidy of €450 per calendar month to ensure self-determined care and certain long-term care insurance benefits. For care levels 1–5, these include care advice, care aids, consumables, digital care applications and supplementary support services for the use of digital care applications, additional benefits for care leave and short-term work prevention, as well as care courses for relatives and volunteer carers. Those in need of care with care levels 2 to 5 are also entitled to home care assistance, proportional care allowance, social security benefits for caregivers, and short-term care for a transitional period following inpatient treatment of the person in need of care.

Another new feature is that care allowance or proportional care allowance will continue to be paid during temporary stays abroad of up to eight weeks per calendar year. Previously, this was six weeks per calendar year (). Instead of the first four weeks, care allowance or proportional care allowance will now continue to be paid for the first eight weeks of full inpatient hospital treatment, home nursing care with entitlement to benefits corresponding to those under Section 36 of SGB XI, or admission to preventive care or rehabilitation facilities. Social security benefits for caregivers will now also continue to be paid for up to eight weeks per calendar year in the event of a temporary stay abroad by the insured person or a vacation by the caregiver, or during the first eight weeks of full inpatient hospital treatment or inpatient medical care or rehabilitation of the person in need of care.

These changes in turn require an adjustment of the contract documents General Insurance Conditions for Private Compulsory Long-Term Care Insurance (**AVB PPV**), Supplementary Agreement for Students, Technical and Vocational School Students, and Interns in Private Compulsory Long-Term Care Insurance (**ZVS PPV**), Special Conditions for Small Annuity Insurance in Private Compulsory Long-Term Care Insurance (**KANW PPV**), and Special Conditions for Large Annuity Insurance in Private Compulsory Long-Term Care Insurance (**GANW PPV**). This is expected to take place on **April 1, 2026**. You can find the previous and currently valid versions on our website at <https://www.ottonova.de/versicherungsbedingungen/pflegepflichtversicherung>.

We would also like to point out that the list of care/medical aids covered by private compulsory nursing care insurance has been updated again by the Association of Private Health Insurance Companies (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.). See Section III. Tariff Conditions, Clause 4 of the AVB PPV. The change will also come into effect on January 1, 2026. The new version of the care/medical aids directory as of January 1, 2026 can also be found on our website at <https://www.ottonova.de/versicherungsbedingungen/pflegepflichtversicherung>.

The PPV care/medical aids directory is regularly updated in line with changes to the GKV medical aids directory. It is a legal requirement that private compulsory long-term care insurance provides contractual benefits that are equivalent in type and scope to the benefits provided by statutory compulsory long-term care insurance. The legal trustee has approved the change and confirmed its appropriateness.

If you would like to know more about these changes, simply ask our concierge.

Kind regards

ottonova Krankenversicherung AG



Pflege- / Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung

Stand: 1. Januar 2026

Inhaltsübersicht

1. Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege	4
1.1 Pflegebetten	4
1.2 Pflegebettenzubehör	4
1.3 Bettzurichtungen zur Pflegeerleichterung	4
1.4 Pflegebettische/-schränke	4
1.5 Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung	4
1.6 Rollstühle mit Sitzkantelung	5
1.7 Positionierungshilfen	5
1.8 Treppenfahrzeuge.....	5
1.9 Rampensysteme.....	5
1.10 Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung	5
1.11 Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert	5
1.12 Zubehör für Lifter.....	5
1.13 Umsetz- und Hebehilfen.....	5
1.14 Schieberollstühle	5
2. Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Hygiene	6
2.1 Produkte zur Hygiene im Bett.....	6
2.2 Waschsysteme	6
2.3 Badewannenlifter.....	6
2.4 Badewanneneinsätze	6
2.5 Badewannensitze	6
2.6 Duschhilfen.....	6
2.7 Toilettensitze.....	6
2.8 Toilettenstützgestelle	7
2.9 Toilettenstühle.....	7
2.10 WC-Aufsätze mit Wascheinrichtung.....	7
2.11 Sicherheitsgriffe und Aufrichthilfen.....	7
2.12 Dusch- / Toilettenrollstühle	7
2.13 Toilettenrollstühle.....	7
2.14 Duschrollstühle	7
3. Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung	8
3.1 Notrufsysteme	8
3.2 Zubehör für Hausnotrufsysteme.....	8
3.3 Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung.....	8

3.4	Pflegehilfsmittel zur Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	8
3.5	Assistenzsysteme.....	8
3.6	Gehhilfen	8
4.	Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden	9
4.1	Lagerungsrollen	9
4.2	Lagerungskeile	9
4.3	Sitzhilfen zur Vorbeugung	9
4.4	Liegehilfen zur Vorbeugung	9
5.	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	9
5.1	Saugende Bettschutzeinlagen	9
5.2	Schutzbekleidung	9
5.3	Sonstige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	9
5.4	Aufsaugende Inkontinenzvorlagen	10
5.5	Fixierhosen für Inkontinenzvorlagen	10
5.6	Aufsaugende Inkontinenzhosen	10
5.7	Externe Urinalableiter	10
5.8	Urin-Beinbeutel	10
5.9	Urin-Bettbeutel	10
5.10	Zubehör für Auffangbeutel	10

1. Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege	HMV-Nummer
1.1 Pflegebetten	
• Pflegebetten, manuell verstellbar	50.45.01.0001-0999
• Pflegebetten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge >1,80 Meter, SAL 170 kg bis 210 kg)	50.45.01.1000-1999
• Pflegebetten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge 1,40 Meter bis 1,80 Meter, SAL ≤170 kg)	50.45.01.2000-2999
• Pflegebetten, motorisch verstellbar, mit erhöhter Tragfähigkeit	50.45.01.3000-3999
• Pflegebetten, motorisch verstellbar mit Sitz- und Aufrichtefunktion (Liegeflächen-Länge >1,80 Meter)	50.45.01.4000-4999
• Pflege-Niedrigbetten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge >1,80 Meter)	50.45.01.5000-5999
• Pflegebetten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge >1,80 Meter, SAL 251 bis 314 kg)	50.45.01.6000-6999
• Pflegebetten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge >1,80 Meter, SAL >314 kg)	50.45.01.7000-7999
1.2 Pflegebettzubehör	
• Bettverlängerungen	50.45.02.0001-0999
• Bettverkürzungen	50.45.02.1000-1999
• Bettaufrichter	50.45.02.2000-2999
• sonstige Aufrichthilfen	50.45.02.3000-3999
• Bettseitenteile	50.45.02.4000-4999
• Fixiersysteme für Personen	50.45.02.5000-5999
• Seitenpolster	50.45.02.6000-6999
• Bettzelte für den temporären Gebrauch	50.45.02.7000-7999
1.3 Bettzurichtungen zur Pflegeerleichterung	
• Einlegerahmen	50.45.03.0000-0999
• Einlegerahmen, motorisch verstellbar mit Sitz- / Schwenkfunktion	50.45.03.3000-3999
• Einlegerahmen mit erhöhter Tragfähigkeit	50.45.03.4000-4999
• Einlegerahmen, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge >1,80 Meter, SAL ≤ 250 kg)	50.45.03.5000-5999
• Einlegerahmen, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge >1,80 Meter, SAL 251 bis 314 kg)	50.45.03.6000-6999
• Einlegerahmen, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge >1,80 Meter, SAL > 314 kg)	50.45.03.7000-7999
1.4 Pflegebetttische/-schränke	
• Pflegebetttische	50.45.04.0001-0999
• Pflegebettschränke mit verstellbarer Tischplatte	50.45.04.1000-1999
1.5 Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung	
• Sitzhilfe bei Chorea Huntington	50.45.06.1000-1999

1.6 Rollstühle mit Sitzkantelung

- Rollstühle mit Sitzkantelung 50.45.07.0001-2999

1.7 Positionierungshilfen

- Lagekorrekturhilfen 50.45.09.0000-0999
- Positionierungshilfen/Transferhilfen 50.45.09.1000-1999

1.8 Treppenfahrzeuge

- Treppensteighilfen 50.45.10.0000-0999
- Treppensteighilfen (elektrisch betrieben) 18.65.01.1000-1999
- Treppenraupen 50.45.10.1000-1999
18.65.01.2000-2999

1.9 Rampensysteme

- Mobile Rampen zum Befahren mit Rollstühlen und Gehhilfen 50.45.11.0000-0999
22.50.01.0000-0999

Hilfsmittel*:

1.10 Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung

- Lifter, fahrbar 22.40.01.0001-0999

1.11 Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert

- Wandlifter 22.40.02.0001-0999

1.12 Zubehör für Lifter

- Zubehör für Lifter 22.40.04.0001-0999

1.13 Umsetz- und Hebehilfen

- Drehscheiben 22.29.01.0001-0999
- Positionswechselhilfen 22.29.01.1000-1999
- Umlager- / Wendehilfen 22.29.01.2000-2999
- Rutschbretter 22.29.01.3000-3999
- Umlager- / Wendehilfen zum permanenten Verbleib im Bett 22.29.01.7000-7999

Innenraum und Außenbereich

1.14 Schieberollstühle

- Schieberollstühle 18.50.01.0000-0999

2. Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Hygiene

HMV-Nummer

2.1 Produkte zur Hygiene im Bett

- | | |
|---|--------------------|
| • Bettpfannen | 51.40.01.0001-0999 |
| • Urinflaschen | 51.40.01.1000-1999 |
| • Urinschiffchen | 51.40.01.2000-2999 |
| • Urinflaschenhalter | 51.40.01.3000-3999 |
| • Saugende Bettschutzeinlagen, wieder verwendbar, verschiedene Größen | 51.40.01.4000-4999 |

2.2 Waschsysteme

- | | |
|--------------------------|--------------------|
| • Kopfwaschsysteme | 51.45.01.0001-0999 |
| • Ganzkörperwaschsysteme | 51.45.01.1000-1999 |

Hilfsmittel*:

2.3 Badewannenlifter

- | | |
|---------------------------|--------------------|
| • Badewannenlifter, mobil | 04.40.01.0001-0999 |
|---------------------------|--------------------|

2.4 Badewanneneinsätze

- | | |
|--------------|--------------------|
| • Badeliegen | 04.40.04.0001-0999 |
|--------------|--------------------|

2.5 Badewannensitze

- | | |
|--|--------------------|
| • Badewannenbretter | 04.40.02.0001-0999 |
| • Badewannensitze ohne Rückenlehne | 04.40.02.1000-1999 |
| • Badewannensitze mit Rückenlehne | 04.40.02.2000-2999 |
| • Badewannensitze mit Rückenlehne, drehbar | 04.40.02.3000-3999 |

2.6 Duschhilfen

- | | |
|--|--------------------|
| • Duschsitze, an der Wand montiert | 04.40.03.0001-0999 |
| • Duschhocker | 04.40.03.1000-1999 |
| • Duschstühle | 04.40.03.2000-2999 |
| • Duschliegen | 04.40.03.3000-3999 |
| • Fahrbare Duschliegen | 04.40.03.4000-4999 |
| • Duschstühle für Kinder und Jugendliche | 04.40.03.5000-5999 |

2.7 Toilettensitze

- | | |
|---|--------------------|
| • Toilettensitzerhöhungen | 33.40.01.0001-0999 |
| • Toilettensitzerhöhungen, höhenverstellbar | 33.40.01.1000-1999 |
| • Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen | 33.40.01.2000-2999 |
| • Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen, höhenverstellbar | 33.40.01.3000-3999 |
| • Toilettensitze für Kinder und Jugendliche | 33.40.01.4000-4999 |

2.8 Toilettenstützgestelle

- | | |
|---------------------------------|---------------------------|
| • <i>Toilettenstützgestelle</i> | 33.40.02.0001-0999 |
| • <i>Toilettensitzgestelle</i> | 33.40.02.1000-1999 |

2.9 Toilettenstühle

- | | |
|---|---------------------------|
| • <i>Feststehende Toilettenstühle</i> | 33.40.04.0001-0999 |
| • <i>Toilettenstühle für Kinder und Jugendliche</i> | 33.40.04.1000-1999 |

2.10 WC-Aufsätze mit Wascheinrichtung

- | | |
|---|---------------------------|
| • <i>WC-Aufsätze mit Wascheinrichtung</i> | 33.40.05.0001-0999 |
|---|---------------------------|

2.11 Sicherheitsgriffe und Aufrichthilfen

- | | |
|---|---------------------------|
| • <i>Badewannengriffe, mobil</i> | 04.40.05.0001-0999 |
| • <i>Stützgriffe für Waschbecken und Toilette</i> | 04.40.05.1000-1999 |
| • <i>Boden-Deckenstangen</i> | 04.40.05.2000-2999 |

2.12 Dusch- / Toilettenrollstühle

- | | |
|--|---------------------------|
| • <i>Dusch- / Toilettenschieberollstühle</i> | 18.46.01.2000-2999 |
| • <i>Dusch- / Toilettenschieberollstühle, verstärkte Ausführung</i> | 18.46.01.3000-3999 |
| • <i>Dusch- / Toilettenrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit</i> | 18.46.01.4000-4999 |
| • <i>Dusch- / Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche</i> | 18.46.01.5000-5999 |
| • <i>Dusch- / Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit</i> | 18.46.01.6000-6999 |

2.13 Toilettenrollstühle

- | | |
|---|---------------------------|
| • <i>Toilettenrollstühle</i> | 18.46.02.0001-0999 |
| • <i>Toilettenrollstühle, verstärkte Ausführung</i> | 18.46.02.1000-1999 |
| • <i>Toilettenrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit</i> | 18.46.02.2000-2999 |
| • <i>Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche</i> | 18.46.02.3000-3999 |
| • <i>Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit</i> | 18.46.02.4000-4999 |

2.14 Duschrollstühle

- | | |
|---|---------------------------|
| • <i>Dusch-Schieberollstühle</i> | 18.46.03.1000-1999 |
| • <i>Dusch-Schieberollstühle, verstärkte Ausführung</i> | 18.46.03.3000-3999 |
| • <i>Duschrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit</i> | 18.46.03.4000-4999 |
| • <i>Duschrollstühle für Kinder und Jugendliche</i> | 18.46.03.5000-5999 |
| • <i>Duschrollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit</i> | 18.46.03.6000-6999 |

3. Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung	HMV-Nummer
3.1 Notrufsysteme	
• Hausnotrufsysteme, angeschlossen an Zentrale	52.40.01.1000-1999
• Zubehör für Hausnotrufsysteme	52.40.01.2000-2999
3.2 Zubehör für Hausnotrufsysteme	
• Alarmsender	52.40.02.0000-0999
3.3 Pflegehilfsmittel zur selbstständigeren Lebensführung	
• Pflegehilfsmittel zur örtlichen Orientierung	52.40.03.0000-0999
• Produkte zur Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme	52.40.03.2000-2999
• Produkte zum Erkennen von Risiken und Gefahren	52.40.03.3000-3999
• Pflegehilfsmittel zur Kommunikation	52.40.03.4000-4999
• Systembezogene Abrechnungspositionsnummern	52.40.03.5000-5999
3.4 Pflegehilfsmittel zur Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	
• Produkte zur Unterstützung der Medikamenteneinnahme	52.40.04.0000-0999
3.5 Assistenzsysteme	
• Modulare Assistenzsysteme	52.40.05.0000-0999
Hilfsmittel*:	
3.6 Gehhilfen	
• Gehgestelle	10.46.01.0001-0999
• Reziproke Gehgestelle	10.46.01.1000-1999
• Gehgestelle mit zwei Rollen	10.46.01.2000-2999
• Kombi-Gehgestelle (starr/reziprok)	10.46.01.3000-3999
• Dreirädrige Gehhilfen (Deltaräder)	10.50.04.0001-0999
• Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren)	10.50.04.1000-1999
• Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren) mit erhöhter Belastbarkeit	10.50.04.2000-2999

4. Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden

HMV-Nummer

4.1 Lagerungsrollen

- Lagerungsrollen 51.45.02.0000-0999
- Lagerungshalbrollen 51.45.02.1000-1999

Hilfsmittel*:

4.2 Lagerungskeile

- Lagerungskeile bis zu 10 / 20 / 30 / über 30 cm 20.29.01.0001-3999

4.3 Sitzhilfen zur Vorbeugung

- Weichlagerungssitzkissen 11.39.01.1000-4999

4.4 Liegehilfen zur Vorbeugung

- Weichlagerungsauflagen 11.29.01.0001-1999
- Weichlagerungsmatratzen mit unstrukturierter/ebener Liegefläche 11.29.05.0001-0999
- Weichlagerungsmatratzen mit strukturierter/unebener Liegefläche 11.29.05.1000-1999
- Weichlagerungsmatratzen mit austauschbaren Weichlagerungselementen 11.29.05.2000-2999
- Weichlagerungsmatratzen mit integrierter Freilagerung 11.29.05.6000-6999

5. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

HMV-Nummer

5.1 Saugende Bettschutzeinlagen

- Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch 54.45.01.0001-0999

5.2 Schutzbekleidung

- Fingerlinge 54.99.01.0001-0999
- Einmalhandschuhe 54.99.01.1000-1999
- Medizinische Gesichtsmaske 54.99.01.2000-2999
- Schutzschürzen 54.99.01.3000-3999
- Schutzservietten zum Einmalgebrauch 54.99.01.4000-4999
- Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2 oder vergleichbare Masken) 54.99.01.5000-5999

5.3 Sonstige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

- Desinfektionsmittel 54.99.02.0001-0999

Hilfsmittel*:

5.4 Aufsaugende Inkontinenzvorlagen

- *Anatomisch geformte Inkontinenzvorlagen, normale Saugleistung* 15.25.30.0001-0999
- *Anatomisch geformte Inkontinenzvorlagen, erhöhte Saugleistung* 15.25.30.1000-1999
- *Anatomisch geformte Inkontinenzvorlagen, hohe Saugleistung* 15.25.30.2000-2999
- *Anatomisch geformte Inkontinenzvorlagen, niedrige Saugleistung* 15.25.30.5000-5999

5.5 Fixierhosen für Inkontinenzvorlagen

- *Fixierhosen Größe 1 / Fixierhosen Größe 2* 15.25.02.0001-1999

5.6 Aufsaugende Inkontinenzhosen

- *Inkontinenzhosen* 15.25.31.0001-8999

5.7 Externe Urinalableiter

- *Urinal-Kondome / Rolltrichter* 15.25.04.4000-7999

5.8 Urin-Beinbeutel

- *Beinbeutel mit Ablauf, unsteril* 15.25.05.1000-1999
- *Beinbeutel für Rollstuhlfahrer, unsteril* 15.25.05.5000-5999

5.9 Urin-Bettbeutel

- *Bettbeutel mit Ablauf, unsteril* 15.25.06.1000-1999
- *Bettbeutel, ohne Ablauf, unsteril* 15.25.06.0001-0999

5.10 Zubehör für Auffangbeutel

- *Haltebänder für Urinbeutel* 15.99.99.0007
- *Halterungen / Taschen für Urinbeutel* 15.99.99.0009
- *Halterungen / Befestigungen für Urinbettbeutel* 15.99.99.0010

Hilfsmittel*:

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