

Allgemeine Versicherungsbedingungen 2026 (AVB/KK 2026) für die Krankheitskostenvoll- und Krankenhaustagegeldversicherung

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

Teil II **Allgemeine Tarifbedingungen des Münchener Verein (Version 2026)**

Der Versicherungsschutz

- § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
- § 2 Beginn des Versicherungsschutzes
- § 3 Wartezeiten
- § 4 Umfang der Leistungspflicht
- § 5 Einschränkung der Leistungspflicht
- § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen
- § 7 Ende des Versicherungsschutzes

Pflichten des Versicherungsnehmers

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

Ende der Versicherung

- § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
- § 14 Kündigung durch den Versicherer
- § 15 Sonstige Beendigungsgründe

Sonstige Bestimmungen

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

Anhang

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.
Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer
 - a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
 - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
4. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.
5. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.
6. Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

Teil II

1. **Ergänzend zu § 1 Teil I Abs. 2 gehören zum Versicherungsfall auch der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch, die Fehlgeburt sowie Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert Koch Instituts empfohlen werden, sofern nicht der Arbeitgeber der versicherten Person zu deren Kostenübernahme gesetzlich verpflichtet ist.**
2.
 - a) **Bei den von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Indikations-Schutzimpfungen verzichtet der Versicherer auf die Prüfung der Indikation. Die von der STIKO empfohlenen Altersbegrenzungen sind jedoch einzuhalten. Soweit im Tarif nichts anderes bestimmt ist, sind auch von der STIKO empfohlene Schutzimpfungen anlässlich einer Auslandsreise versichert.**
 - b) **Bei gezielten Vorsorgeuntersuchungen verzichtet der Versicherer auf Einhaltung der in den gesetzlichen Programmen vorgesehenen Altersbegrenzungen. Die vorgegebenen Zeitintervalle sind jedoch einzuhalten.**
3. **Ergänzend zu § 1 Teil I Abs. 3 ersetzt der Versicherer lediglich Aufwendungen für solche Heilbehandlungen im Ausland, die nach deutschem Recht in Deutschland erlaubt sind.**
4.
 - a) **Ergänzend zu § 1 Teil I Abs. 4 Satz 3 und 4 wird – sofern der Tarif nichts anderes vorsieht – während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes der Versicherungsschutz für die ersten sechs Monate auf die ganze Welt ausgedehnt. Der Versicherungsschutz verlängert sich, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen oder aus anderen Gründen, die der Versicherte nicht zu vertreten hat, nicht möglich ist.**
 - b) **Ergänzend zu § 15 Teil I Abs. 3 verpflichtet sich der Versicherer – außer in den Fällen des Buchstaben c) – eine Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsschutzes zu schließen, sofern ein entsprechender Antrag des Versicherungsnehmers vor Ablauf des sechsten Monats des Auslandsaufenthalts in Textform beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist dabei berechtigt, ab dem siebten Monat des Auslandsaufenthalts einen angemessenen Beitragszuschlag zu verlangen, soweit es im Aufenthaltsland regelmäßig zu höheren Kosten für versicherte Leistungen kommt als im Inland (Auslandszuschlag).**

Der Auslandszuschlag ist dann so lange fort zu bezahlen wie der gewöhnliche Aufenthalt in dem jeweiligen Ausland besteht. Bei Rückverlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Inland entfällt der Beitragszuschlag zum Ersten des auf die Rückkehr folgenden Monats.

- c) Das Recht zur Fortsetzung des Versicherungsschutzes gemäß Buchstabe b) besteht nicht, sofern am betroffenen Aufenthaltsort eine gesetzliche Regelung besteht, die als Voraussetzung zur Fortführung der Versicherung die Anmeldung des Geschäftsbetriebes im Aufenthaltsland durch den Versicherer oder eine ähnliche Verpflichtung des Versicherers hat. In diesem Fall bleibt dem Versicherungsnehmer ausschließlich das Recht der Umwandlung des Versicherungsverhältnisses in eine Anwartschaftsversicherung.

5. Ergänzend zu § 1 Teil I Abs. 5 kann der Versicherungsnehmer bei einer der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) beantragen, dass auf die Begrenzung auf inländisches Kostenniveau verzichtet wird. Der Versicherer verpflichtet sich auf die Annahme des Antrages, sofern dieser vor Ablauf des sechsten Monats des Auslandsaufenthalts in Textform beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist dabei berechtigt, ab dem siebten Monat des Auslandsaufenthalts einen angemessenen Beitragszuschlag zu verlangen, soweit es im Aufenthaltsland regelmäßig zu höheren Kosten für versicherte Leistungen kommt als im Inland (Auslandszuschlag). Der Auslandszuschlag ist dann so lange fort zu bezahlen wie der gewöhnliche Aufenthalt in dem jeweiligen Ausland besteht. Bei Rückverlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Inland entfällt der Auslandszuschlag zum Ersten des auf die Rückkehr folgenden Monats.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
2. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Tag der Geburt erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
3. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

Teil II

1. Ergänzend zu § 2 Teil I Abs. 2 darf der Versicherungsschutz des Neugeborenen so umfassend sein wie der höherwertigere Versicherungsschutz eines der beiden Elternteile. Überdies kann in der substitutiven Krankenversicherung ein geringerer tariflicher Selbstbehalt gewählt werden als der eines oder beider beim Versicherer versicherter Elternteile.
2. In Ergänzung zu § 2 Teil I Abs. 2 beginnt bei Neugeborenen der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt und ohne Einhaltung der Mindestversicherungszeit eines Elternteils von drei Monaten, wenn zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses des versicherten Elternteils die 20. Schwangerschaftswoche nicht vollendet war. Für Neugeborene, die gemäß § 2 Teil I Abs. 2 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborenen Krankheiten und Anomalien.

§ 3 Wartezeiten

Teil I

1. Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
2. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
Sie entfällt:
 - a) bei Unfällen;
 - b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.
3. Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
4. Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
5. Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

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

Teil II

- Abweichend von § 3 Teil I Abs. 1 bis 5 entfallen bei Neuabschluss einer der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) alle Wartezeiten.**
- Abweichend von § 3 Teil I Abs. 6 entfallen bei Unfällen alle Wartezeiten auch bei Vertragsänderungen.**

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Teil I

- Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
- Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Sofern der Tarif oder die Tarifbedingungen dies vorsehen, ist vom Versicherungsschutz auch eine nach ärztlichem Befund verordnete, im unmittelbaren Zusammenhang mit einer stationären Heilbehandlung medizinisch notwendige, ambulante oder stationäre Anschlussheilbehandlung umfasst.
- Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
- Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
- Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

Teil II

- Sofern der Tarif einen betragsmäßig festgelegten Selbstbehalt vorsieht, reduziert sich dieser im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns für jeden Monat, in dem kein Versicherungsschutz besteht, um ein Zwölftel des tariflichen Satzes. Bei Beendigung des Versicherungsschutzes innerhalb eines Kalenderjahres ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht. Bei einem Tarifwechsel aus einem Tarif oder einer Tarifstufe mit niedrigerem betragsmäßig festgelegtem Selbstbehalt gilt für die Erhöhung Satz 1 sinngemäß; für den Selbstbehalt nach dem bisherigen Tarif gilt Satz 2 sinngemäß. Bei Tarifwechsel aus einem Tarif oder einer Tarifstufe mit höherem betragsmäßig festgelegtem Selbstbehalt gilt für die Zeit vor und nach dem Tarifwechsel der jeweils tariflich vereinbarte Selbstbehalt ungekürzt. Ein für das Kalenderjahr bereits getragener Selbstbehalt wird hierauf angerechnet, es sei denn der Tarif sieht etwas anderes vor.**
- Abweichend von § 4 Teil I Abs. 2 kann die versicherte Person auch die ambulante Behandlung durch nicht niedergelassene Ärzte und Zahnärzte in Krankenhaus- oder Notfallambulanzen in Anspruch nehmen. Gleiches gilt für die notärztliche Behandlung generell, wobei die Fahrtkosten des Notarztes ebenfalls erstattet werden, soweit sie angemessen sind.**
- Abweichend von § 4 Teil I Abs. 2 kann die versicherte Person auch die ambulante Behandlung in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) in Anspruch nehmen.**
- Ergänzend zu § 4 Teil I Abs. 2 können bei Psychotherapie auch nichtärztliche approbierte Psychotherapeuten in Anspruch genommen werden.**

5. Ergänzend zu § 4 Teil I Abs. 2 können auch Angehörige staatlich anerkannter Heilhilfsberufe (z.B. Logopäden, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Podologen) in Anspruch genommen werden, bei Schwangerschaft und Entbindung zusätzlich Hebammen und Entbindungspfleger. Bei ambulantem Rehasport in Gruppen und Funktionstraining können Kurse in Anspruch genommen werden, die auch für die Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassen sind.
6. Ergänzend zu § 4 Teil I Abs. 2 können bei häuslicher Pflege sowie bei spezialisierter ambulanter Palliativmedizin auch Pflegedienste in Anspruch genommen werden, sofern diese für die Behandlung von Versicherten der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind. Entsprechendes gilt für Hospize.
7. Ergänzend zu § 4 Teil I Abs. 2 können Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren in Anspruch genommen werden, sofern diese für die Behandlung von Versicherten der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind.
8. Ergänzend zu § 4 Teil I Abs. 2 können Geburtshäuser in Anspruch genommen werden, sofern diese für die Behandlung bzw. Entbindung von Versicherten der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind.
9. Ergänzend zu § 4 Teil I Abs. 2 können bei Soziotherapie Behandelnde in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung von Versicherten der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind.
10. Abweichend von § 4 Teil I Abs. 3 ist die Verordnung einer Sehhilfe auch durch einen Augenoptiker möglich, sofern dieser zuvor eine Refraktionsbestimmung durchführt.
11. Ergänzend zu § 4 Teil I Abs. 4 gilt für jedes Krankenhaus, das unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt, dass es entweder öffentlich oder privat im Sinne dieser Bedingungen ist.
12. Ergänzend zu § 4 Teil I Abs. 4 gelten die medizinisch notwendige teilstationäre Behandlung, die medizinisch notwendige vor- und nachstationäre Behandlung gemäß § 115a SGB V (siehe Anhang) sowie medizinisch notwendige ambulante Operationen im Krankenhaus gemäß § 115f SGB V (siehe Anhang) als stationäre Heilbehandlung. Gleiches gilt für die Übergangspflege im Krankenhaus gemäß § 39e SGB V (siehe Anhang).
13. Ergänzend zu § 4 Teil I Abs. 4 erbringt der Versicherer Leistungen für die medizinisch notwendige Unterbringung und Verpflegung für eine Begleitperson (Rooming-In). Bei Kindern unter 12 Jahren gilt die medizinische Notwendigkeit während des gesamten Krankenhausaufenthalts des Kindes als gegeben.
14. Eine schriftliche Leistungszusage § 4 Teil I Abs. 5 ist nicht erforderlich, wenn
 - es sich um eine Notfalleinweisung handelt, oder
 - eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung deshalb durchgeführt wird, weil während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auftritt, die einer sofortigen stationären Behandlung bedarf, oder
 - es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung zum Zwecke eines operativen Eingriffs handelt.
15. Der Versicherer erbringt bei einer der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für die Versorgung mit Medizinprodukten niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen (digitale Gesundheitsanwendungen). Voraussetzungen und Bedingungen dafür sind:
 - a) Die digitalen Gesundheitsanwendungen sind vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V (siehe Anhang) aufgenommen worden.
 - b) Die digitalen Gesundheitsanwendungen wurden von den in § 4 Teil I Absatz 2 genannten Behandelnden oder anderen Behandelnden im Sinne von § 4 Teil II, Absatz 3 verordnet.
 - c) Der Versicherer ist berechtigt, anstelle des Aufwendungsersatzes die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung zu stellen.
 - d) Der Anspruch umfasst ausschließlich die Aufwendungen für den Erwerb der Nutzungsrechte an der Software. Nicht umfasst sind Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.
 - e) Ein vertraglich vereinbarter Selbstbehalt bzw. eine Selbstbeteiligung für ambulante Leistungen ist zu berücksichtigen.
 - f) Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind nicht bereits anderweitig als Leistung des Tarifs erstattungsfähig.
 - g) Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen werden je Verordnung für maximal 12 Monate erstattet. Danach ist eine erneute Verordnung erforderlich.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Teil I

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

- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - f) ---
 - g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifmäßig erstattet;
 - h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
2. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
 3. Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
 4. Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

Teil II

1. **Abweichend von § 5 Teil I Abs. 1 a) wird der Leistungsausschluss außerhalb der Bundesrepublik Deutschland nur auf die Fälle begrenzt, in denen sich die versicherte Person vorsätzlich oder grob fahrlässig einem Kriegsereignis aussetzt bzw. nach Ausbruch eines Kriegsereignisses nicht unverzüglich in die Bundesrepublik Deutschland oder ein sicheres Drittland ausreist, es sei denn, dass dem Versicherten, aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat, die Ausreise nicht möglich ist. Als grob fahrlässig gilt es, wenn bei Reisebeginn für den Aufenthaltsort des Versicherten eine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt wegen kriegerischer Ereignisse bestand.**
2. **Abweichend zu § 5 Teil I Abs. 1 b) findet der Leistungsausschluss für Entziehungsmaßnahmen (Entgiftung) bei einer der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) keine Anwendung. Die Leistungspflicht des Versicherers für Entwöhnungsbehandlungen wird im Tarif geregelt.**
3. **Abweichend zu § 5 Teil I Abs. 1 e) findet der Leistungsausschluss keine Anwendung. Für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort wird im tariflichen Umfang geleistet.**

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Teil I

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

Teil II

1. **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. **Ergänzend zu § 6 Teil I Abs. 1 können die Nachweise dem Versicherer sowohl elektronisch übermittelt als auch im Original vorgelegt werden. Der Versicherer behält sich das Recht vor, die Originalbelege zur Leistungsbearbeitung anzufordern. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, elektronisch eingereichte Belege im Original für die drei auf Erbringung der beantragten Leistung folgenden Kalenderjahre aufzubewahren und dem Versicherer auf Anforderung zur Verfügung zu stellen.**

3. **Hat sich ein Dritter (z. B. andere private Krankenversicherung, gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung) an den Kosten beteiligt, ist ein entsprechender Erstattungsvermerk zum jeweiligen Kostenbeleg erforderlich.**
4. **Kostenbelege über verordnete Leistungen sind stets zusammen mit der Verordnung einzureichen. Dies gilt insbesondere für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Bei Sehhilfen kann alternativ die Refraktionsbestimmung durch den Optiker eingereicht werden.**
5. **Ergänzend zu § 6 Teil I Abs. 4 gilt als Kurs des Tages der offizielle Wechselkurs der europäischen Zentralbank. Bei nicht gehandelten Währungen gilt der zum Zeitpunkt der Abrechnung durch den Versicherer bestehende Kurs nach „Devisenkurs-Statistik“ der deutschen Bundesbank. Weist der Versicherungsnehmer nach, dass die Rechnungen zu einem für ihn ungünstigeren Kurs beglichen werden mussten, gilt der nachgewiesene ungünstigere Kurs.**
6. **Ergänzend zu § 6 Teil I Abs. 5 werden Kosten für die Überweisung von Versicherungsleistungen auf ein Inlandskonto nicht von den Leistungen abgezogen.**
7. **Abweichend zu § 6 Teil I Abs. 6 gilt das Abtretungsverbot auch für vor dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge insoweit nicht, wie der Versicherer für die versicherte Person eine Krankenkarte (Klinik Card) ausgegeben hat.**

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

Teil I

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
2. Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
3. Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Beitrag wird verzinst.
4. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nichts anderes vereinbart ist, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.
5. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
6. Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten.

Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind.

In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

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

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

Teil II

1. **Für den Einschluss von Vorerkrankungen können Zuschläge zum Tarifbeitrag vereinbart werden.**
2. **Ergänzend zu § 8 Teil I Abs. 5 werden bei säumiger Zahlung Mahnkosten sowie zusätzliche Portokosten erhoben.**
3. **Barausschüttung**
- 3.1 **Die Barausschüttung ist erfolgsabhängig und wird nach Maßgabe der Satzung und den gesetzlichen Bestimmungen festgelegt.**

Wird eine erfolgsabhängige Barausschüttung ausgezahlt oder gutgeschrieben, so ist teilnahmeberechtigt jede versicherte Person, wenn

- a) **für das abgelaufene Kalenderjahr Leistungen nach keinem der abgeschlossenen Tarife für Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung erbracht wurden. Nach satzungsgemäßigem Beschluss und entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen kann an Stelle der vorstehenden Regelung auch für leistungsfreie Tarifarten (ambulante Heilbehandlung; stationäre Heilbehandlung; Krankenhaustagegeldversicherung; Kur- und Sanatoriumsbehandlung; zahnärztliche Behandlung) eine Barausschüttung gewährt werden,**
 - b) **für das abgelaufene Versicherungsjahr alle Beitragsraten oder der Jahresbeitrag für den ganzen Vertrag rechtzeitig und ohne Verzug bezahlt wurden und der Versicherungsschutz für alle zwölf Monate bestand bzw. im ersten Versicherungsjahr alle vertraglich festgelegten Beitragsraten rechtzeitig und ohne Verzug bezahlt wurden und**
 - c) **deren Versicherung am 1. Juli des folgenden Jahres noch besteht, es sei denn, dass sie durch Tod erloschen ist oder bei Eintritt der Krankenversicherungspflicht bzw. Erlangung eines Anspruchs auf Familienhilfe beendet werden musste.**
- 3.2 **Die Barausschüttung und deren Höhe können auch davon abhängig gemacht werden, dass in mehreren aufeinander folgenden Kalenderjahren keine Leistungen beansprucht wurden.**
 - 3.3 **Die Höhe der Barausschüttung wird anhand der im abgelaufenen Kalenderjahr versicherten Tarife festgelegt.**
 4. **Eine aufgrund inländischer oder ausländischer Rechtsvorschriften anfallende und vom Versicherer an die Steuerbehörden abzuführende Versicherungssteuer ist vom Versicherungsnehmer zusätzlich zum vereinbarten Beitrag an den Versicherer zu entrichten.**

§ 8 a Beitragsberechnung

Teil I

1. Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
2. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
3. Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
4. Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

Teil II

1. Ergänzend zu § 8 a Teil I Abs. 1 richtet sich die Höhe des Tarifbeitrags nach dem Eintrittsalter der versicherten Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr. Für Kinder ist bis zum Ende des Jahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, der Beitrag für die Altersgruppe 0 – 15 zu bezahlen. Vom Beginn des nächsten Versicherungsjahres an bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, ist für Jugendliche der Beitrag für die Altersgruppe 16 – 20 zu zahlen. Danach ist der Beitrag für das Alter 21 zu entrichten.
2. Ergänzend zu § 8 a Teil I Abs. 2 ist in der einer der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) ab Beginn des Kalenderjahres, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird, eine Alterungsrückstellung zu bilden. In Ausbildungstarifen bis zur Vollendung des 39. Lebensjahres kann eine abweichende Regelung vorgesehen werden. Für Kinder und Jugendliche wird keine Alterungsrückstellung gebildet.

§ 8 b Beitragsanpassung

Teil I

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

Teil II

1. Ergänzend zu § 8 b Teil I Abs. 1 beträgt der tariflich festgelegte Vomhundertsatz bei der Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen 5 %, sofern im Tarif nichts anders vereinbart ist. Bei der Gegenüberstellung der Sterbewahrscheinlichkeiten gilt der gesetzlich festgelegte Vomhundertsatz von 5 %.

§ 9 Obliegenheiten

Teil I

1. Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
2. Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
3. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
4. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
5. Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
6. Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

Teil II

1. Abweichend von § 9 Teil I Abs. 1 wird auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung verzichtet. § 4 Teil I Abs. 5 in Verbindung mit § 4 Teil II Nr. 14 bleibt hiervon unberührt.
2. Abweichend von § 9 Teil I Abs. 6 verzichtet der Versicherer auf seine Einwilligung für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die ausschließlich Leistungen bei unfallbedingter Krankenhausbehandlung vorsieht.
3. Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer jede Auskunft zu erteilen, die zur Beurteilung der Versicherungssteuerpflicht bei oder nach Vertragsabschluss erforderlich ist. Änderungen der in diesem Zusammenhang erteilten Auskünfte während der Vertragslaufzeit sind dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Insbesondere mitzuteilen sind Änderungen der Angaben zum Angehörigenverhältnis zwischen Versicherungsnehmer und einzelnen versicherten Personen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Teil I

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

Teil I

1. Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gem. § 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 Durchführung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
3. Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
4. Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Teil I

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Teil I

1. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
2. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
3. Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Falle bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.
4. Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
5. Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

6. Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
7. Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Absätzen 1,2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.
8. Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 geschlossene Verträge.
9. Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.
10. Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
11. Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

Teil II

1. **Ergänzend zu § 13 Teil I Abs. 1 wird das Vertragsverhältnis auf unbestimmte Zeit geschlossen. Eine Vertragsdauer von mindestens zwei Versicherungsjahren gilt als vereinbart (Mindestvertragsdauer).**
2. **Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet zum 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.**
3. **Ergänzend zu § 13 Teil I Abs. 3 gilt: Bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat der Versicherungsnehmer das Recht, dass die substitutive Krankenversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten in eine GKV-Zusatzversicherung umgestellt wird. Voraussetzungen dafür sind:**
 - a) **Der Versicherungsschutz aus GKV und GKV-Zusatzversicherung ist nicht höher oder umfassender als der Versicherungsschutz der bisher bestandenen substitutiven Krankenversicherung und - sofern Anspruch auf Beihilfe bestand - der Beihilfe. Dabei wird ein betragsmäßig festgelegter tariflicher Selbstbehalt in der substitutiven Krankenversicherung nicht berücksichtigt.**
 - b) **Die Umwandlung muss innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht beantragt werden, wobei der Versicherungsbeginn der GKV-Zusatzversicherung nahtlos an das Ende der substitutiven Krankenversicherung anschließen muss. Eventuell vereinbarte Erschwernisse (Beitragszuschlag, Leistungsauschluss) aus dem bisherigen Versicherungsvertrag werden entsprechend übernommen.**

Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

4. **Abweichend zu § 13 Teil I Abs. 7 wird die Kündigung für eine andere versicherte Person, deren gesetzlicher Vertreter der Versicherungsnehmer nicht ist, auch dann wirksam, wenn kein Nachweis über die Fortversicherung erbracht wird.**
5. **Ergänzend zu § 13 Teil I Abs. 8 wird bei der Berechnung des aufgebauten Übertragungswertes der Basistarif (§ 146 Abs. 1 Nummer 5 VAG – siehe Anhang) ohne jährlichen Selbstbehalt (vgl. Selbstbehaltstufen gem. § 152 Abs. 1 VAG – siehe Anhang) zu Grunde gelegt.**
6. **Ergänzend zu § 13 Teil I Abs. 11 ist die Fortsetzung der Krankenversicherung in Form einer Anwartschaftsversicherung spätestens zwei Monate nach Kündigung durch den Versicherungsnehmer zu beantragen. Die Anwartschaftsversicherung muss dabei nahtlos an das Ende der gekündigten Krankenversicherung anschließen.**

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Teil I

1. In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.
2. Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Abs. 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

3. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
4. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
5. Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

Teil II

1. **Ergänzend zu § 14 Teil I Abs. 1 verzichtet der Versicherer in allen Tarifen der Krankheitskostenversicherung auf sein ordentliches Kündigungsrecht.**

Nach Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung verzichtet der Versicherer bei einer Krankenhaustagegeldversicherung auf sein Kündigungsrecht gemäß § 14 Teil I Abs. 2, sofern die Krankenhaustagegeldversicherung ursprünglich zusammen mit einer substitutiven Krankenversicherung bestand. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Teil I

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

Teil II

1. **Liegt ein Ehescheidungsurteil vor, dann haben die Ehegatten das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben. Entsprechendes gilt auch im Falle der Trennung von Lebenspartnern gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz.**
2. **Der Versicherer verzichtet auf das Recht der Beendigung des Vertrages gemäß § 15 Teil I Abs. 3, sofern eine schriftliche Vereinbarung gemäß § 1 Teil II Abs. 4 b) geschlossen wurde.**

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

Teil I

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Teil I

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.

3. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

Teil I

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

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Teil I

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

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPaG) [in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung]

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 - 1) mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 - 2) zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 - 3) zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 - 4) wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

§ 19 Anzeigepflicht

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
- (3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

- (3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5000 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 5000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die
 - 1) in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
 - 2) Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
 - 3) Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
 - 4) Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und Empfänger von Leistungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

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

§ 195 Versicherungsdauer

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

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 146 Substitutive Krankenversicherung

- (1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei
5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 152 Basistarif

- (1) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, die die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe jeweils den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, vergleichbar sind. Der Basistarif muss jeweils eine Variante vorsehen für
- 1) Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres keine Alterungsrückstellungen gebildet und
 - 2) Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie für deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1 200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums mit einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre; führt der vereinbarte Selbstbehalt nicht zu einer angemessenen Reduzierung der Prämie, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer jederzeit eine Umstellung des Vertrags in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen; die Umstellung muss innerhalb von drei Monaten erfolgen. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Prozentsatzes auf die Werte 300, 600, 900 oder 1 200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

§ 153 Notlagentarif

- (1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungsersatzung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.
- (2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)

§ 39e Übergangspflege im Krankenhaus

- (1) Versicherte haben im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung für längstens zehn Tage Anspruch auf Übergangspflege
1. in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung oder
 2. an einem anderen Standort eines Krankenhauses, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Krankenhausbehandlung in diesem Krankenhaus erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können.
- (2) Die Übergangspflege 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. Das Vorliegen der Voraussetzungen einer Übergangspflege ist vom Krankenhaus im Einzelnen nachprüfbar zu dokumentieren. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren das Nähere zur Dokumentation nach Satz 2. Kommt die Vereinbarung nach Satz 3 nicht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei den Inhalt der Vereinbarung fest.
- (3) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der Leistungen nach Absatz 1 an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus. Zahlungen nach § 39 Absatz 4 sind anzurechnen.

§ 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 fachübergreifende Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Eine Einrichtung nach Satz 2 ist dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind; sie ist nicht fachübergreifend, wenn die Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe nach § 101 Abs. 5 angehören und wenn die Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 angehören. Sind in einer Einrichtung nach Satz 2 ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist tätig, so ist die Einrichtung fachübergreifend. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die medizinischen Versorgungszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen; sie können von den Leistungserbringern, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen, gegründet werden. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).

§ 115a Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

- (1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um
- 1) die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder
 - 2) im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).
- (2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Abs. 1 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 Abs. 1 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachbetreuung von Organ Spendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 des Transplantationsgesetzes entsprechend.
- (3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistungen mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 1. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von drei Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder der zuständigen Landesbehörde die Vergütung fest.

§ 115f Spezielle sektorengleiche Vergütung

(1) Die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 vereinbaren

1. eine spezielle sektorengleiche Vergütung, die unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär mit Übernachtung erbracht wird, und
2. für welche der in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannten Leistungen die Vergütung ausschließlich nach Nummer 1 erfolgt.
Die nach Satz 1 Nummer 1 vereinbarte Vergütung ist für jede nach Satz 1 Nummer 2 vereinbarte Leistung individuell als Fallpauschale zu kalkulieren. Unterschiede nach dem Schweregrad der Fälle sind dabei durch die Bildung von Stufen zu berücksichtigen. Bei der erstmaligen Kalkulation sind die für die jeweilige Leistung im stationären und ambulanten Bereich für das zum Zeitpunkt der Kalkulation letzte Abrechnungsjahr gezahlten Vergütungsvolumina sowie die Anzahl der erbrachten Fälle zu berücksichtigen. Berücksichtigt werden können auch die jeweiligen Anteile der ambulanten und stationären Fälle an der Gesamtzahl der Fälle und die Kosten der ausschließlich stationären Behandlung. Die Krankenkassen übermitteln über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannten Institut auf dessen Anforderung innerhalb von zwei Wochen die zum Zeitpunkt der Anforderung für das letzte Abrechnungsjahr, für das die Fallzahlen und Vergütungen vollständig vorliegen, verfügbaren Fallzahlen und Vergütungen unter Angabe der Sachkosten der nach § 115b Absatz 2 Satz 4 von ihnen vergüteten Leistungen sowie die Höhe der nach dem jeweiligen nach § 83 geschlossenen Gesamtvertrag vergüteten Sachkosten bezogen auf die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgewählten Leistungen, aufgeschlüsselt nach den Codes des Operationen- und Prozedurenschlüssels. Die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 beauftragen das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gemeinsam bis zum 15. Mai eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 15. Mai 2025, einen Vorschlag für die Kalkulation der Vergütung differenziert nach dem Schweregrad der Fälle zu erarbeiten.

In den Vorschlägen ist eine schrittweise Anpassung der Vergütungen vorzusehen, mit dem Ziel, dass bis zum Jahr 2030 die Höhe der Vergütungen der nach § 115b vereinbarten Leistungen erreicht wird. Auf der Grundlage des Vorschlags schließen die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 bis zum 30. Juni eines jeden Kalenderjahres mit Wirkung ab dem 1. Januar des folgenden Kalenderjahres.

- (1a) Spätestens in der bis zum 30. Juni 2030 zu schließenden Vereinbarung sind die nach Absatz 1 Satz 2 zu kalkulierenden Fallpauschalen auf Grundlage fallbezogener empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs festzulegen. Danach sind sie jährlich auf der Grundlage der jeweiligen in Satz 1 genannten Kostendaten zu überprüfen und, sofern erforderlich, anzupassen. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 beauftragen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut gemeinsam bis zum 30. April 2025, einen Vorschlag für ein Konzept zur Festlegung der Fallpauschalen nach Satz 1 zu erarbeiten. Auf der Grundlage dieses Vorschlags vereinbaren die Vertragsparteien bis zum 31. Dezember 2025 das Konzept zur Festlegung der Fallpauschalen nach Satz 1 und legen dieses Konzept dem Bundesministerium für Gesundheit vor.
- (2) Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 haben die Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 jährlich zu überprüfen und, sofern zur Einhaltung der Vorgaben nach Satz 2 erforderlich, bis zum 31. März des jeweiligen Kalenderjahres, in dem die Überprüfung stattfindet, auf Grundlage des nach Satz 3 beauftragten Vorschlags mit Wirkung ab dem 1. Januar des folgenden Kalenderjahres anzupassen. Die Auswahl hat so zu erfolgen, dass bezogen auf die gemäß § 21 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2023 übermittelten Daten zu vollstationären Krankenhaufällen ohne Berücksichtigung der Krankenhaufälle, in denen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angewendet werden, ab dem Jahr 2026 jährlich mindestens eine Million, ab dem Jahr 2028 jährlich mindestens 1,5 Millionen und ab dem Jahr 2030 jährlich mindestens zwei Millionen Fälle erfasst werden. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 beauftragen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut gemeinsam bis zum 15. Februar eines jeden Kalenderjahres, die Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zu überprüfen und einen Vorschlag zur Anpassung der Leistungsauswahl vorzulegen. Bei der Überprüfung und Anpassung nach Satz 1 können auch Leistungen ausgewählt werden, die nicht in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannt sind. Leistungen für Kinder, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und Leistungen für Menschen mit Behinderungen sollen nicht ausgewählt werden.
- (3) Zur Erbringung der nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten oder durch Entscheidung nach Absatz 4 Satz 2 oder Satz 5 bestimmten Leistungen und zur Abrechnung der nach Absatz 1 Satz 2 kalkulierten Fallpauschale berechtigt sind die nach § 95 Absatz 1 Satz 1 sowie § 108 an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die die in § 115b Absatz 1 Satz 5 genannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllen. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die in Satz 1 genannten Leistungserbringer können die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung oder Dritte gegen Aufwandsersatz mit der Abrechnung von nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten oder durch Entscheidung nach Absatz 4 Satz 2 oder Satz 5 bestimmten Leistungen beauftragen. Die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität der Leistungserbringung erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst beauftragen können. § 295 Absatz 1b Satz 1, § 295a und § 301 Absatz 1 und 2 gelten für die jeweiligen in Satz 1 genannten Leistungserbringer entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke ist von den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 zu vereinbaren. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist nach Maßgabe der nach § 87a Absatz 5 Satz 7 beschlossenen Vorgaben des Bewertungsausschusses in den Vereinbarungen nach § 87a Absatz 3 um die Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der Fallpauschale nach Absatz 1 Satz 2 sind.
- (4) Kommt eine Beauftragung nach Absatz 1 Satz 7, Absatz 1a Satz 3, Absatz 2 Satz 3 oder Absatz 5 Satz 1 nicht fristgerecht zustande, erfolgt die jeweilige Beauftragung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 9 oder Absatz 1a Satz 4 oder eine Anpassung nach Absatz 2 Satz 1 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande, setzt der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 2 den Inhalt der jeweiligen Vereinbarung mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner stimmberechtigten Mitglieder innerhalb von vier Wochen fest; § 87 Absatz 5a Satz 6 und 7 gilt entsprechend. Zur Vorbereitung der Festsetzungen nach Satz 2 sind das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus verpflichtet, dem Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 2 unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten; die in § 115b Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien haben die Kosten der Zuarbeit zu gleichen Teilen zu tragen. Der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. kann an Verhandlungen der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 und Sitzungen des Bewertungsausschusses in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 2 beratend teilnehmen. Setzt der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 2 den Inhalt der jeweiligen Vereinbarung ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht fest, ist das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, diesen festzulegen. Zur Vorbereitung einer Festlegung nach Satz 5 sind die einzelnen in § 115b Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien, der Bewertungsausschuss für die in § 87 Absatz 1 Satz 1 genannten ärztlichen Leistungen, der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 1, das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten; die in § 115b Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien haben die Kosten der Zuarbeit der Institute zu gleichen Teilen zu tragen.
- (5) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien beauftragen bis zum 30. April 2025 das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der regelmäßigen Evaluation der Auswirkungen der speziellen sektorengleichen Vergütung auf die Versorgung der Versicherten, auf die Vergütungen der Leistungserbringer sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen auf der Grundlage nicht personenbezogener Leistungsdaten. Ein entsprechender Evaluationsbericht der Institute ist dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von jeweils 18 Monaten, erstmals zum 30. Juni 2026, vorzulegen.

§ 139e Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung

- (1) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte führt ein Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Gesundheitsanwendungen nach § 33a. Das Verzeichnis ist nach Gruppen von digitalen Gesundheitsanwendungen zu strukturieren, die in ihren Funktionen und Anwendungsbereichen vergleichbar sind. Das Verzeichnis und seine Änderungen sind vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Bundesanzeiger bekannt zu machen und im Internet zu veröffentlichen.
- (2) Die Aufnahme in das Verzeichnis erfolgt auf elektronischen Antrag des Herstellers beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Der Hersteller hat dem Antrag Nachweise darüber beizufügen, dass die digitale Gesundheitsanwendung
 1. den Anforderungen an Sicherheit, Funktionstauglichkeit und Qualität einschließlich der Interoperabilität des Medizinproduktes entspricht,
 2. den Anforderungen an den Datenschutz entspricht und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet und
 3. positive Versorgungseffekte aufweist.
Ein positiver Versorgungseffekt nach Satz 2 Nummer 3 ist entweder ein medizinischer Nutzen oder eine patientenrelevante Struktur- und Verfahrensverbesserung in der Versorgung. Abweichend von Satz 2 Nummer 3 hat der Hersteller einer digitalen Gesundheitsanwendung höherer Risikoklasse dem Antrag Nachweise beizufügen, dass die digitale Gesundheitsanwendung einen medizinischen Nutzen aufweist. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte wird die Prüfung von digitalen Gesundheitsanwendungen höherer Risikoklasse im Rahmen des Verfahrens nach Absatz 3 bis zum 31. März 2027 evaluieren und legt dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages über das Bundesministerium für Gesundheit einen Bericht über die Ergebnisse der Evaluation vor. Der Hersteller hat die nach Absatz 8 Satz 1 veröffentlichten Antragsformulare für seinen Antrag zu verwenden.
- (3) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet über den Antrag des Herstellers innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Antragsunterlagen durch Bescheid; in begründeten Einzelfällen kann die Frist um bis zu weitere drei Monate verlängert werden. Die Entscheidung umfasst auch die Bestimmung der ärztlichen Leistungen, der Leistungen der Heilmittelerbringer oder der Leistungen der Hebammenhilfe, die jeweils zur Versorgung mit der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung erforderlich sind, sowie die Bestimmung der Daten aus Hilfsmitteln und Implantaten, die nach § 374a von der digitalen Gesundheitsanwendung verarbeitet werden. Legt der Hersteller unvollständige Antragsunterlagen vor, hat ihn das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte aufzufordern, den Antrag innerhalb einer Frist von drei Monaten zu ergänzen. Liegen nach Ablauf der Frist keine vollständigen Antragsunterlagen vor und hat der Hersteller keine Erprobung nach Absatz 4 beantragt, ist der Antrag abzulehnen.
- (4) Ist dem Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen niedriger Risikoklasse der Nachweis positiver Versorgungseffekte nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 noch nicht möglich, kann er nach Absatz 2 auch beantragen, dass die digitale Gesundheitsanwendung für bis zu zwölf Monate in das Verzeichnis zur Erprobung aufgenommen wird. Der Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen niedriger Risikoklasse hat dem Antrag neben den Nachweisen nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 eine plausible Begründung des Beitrags der digitalen Gesundheitsanwendung zur Verbesserung der Versorgung und ein von einer herstellerunabhängigen Institution erstelltes wissenschaftliches Evaluationskonzept zum Nachweis positiver Versorgungseffekte beizufügen. Im Bescheid nach Absatz 3 Satz 1 hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte den Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen niedriger Risikoklasse zum Nachweis der positiven Versorgungseffekte zu verpflichten und das Nähere zu den entsprechenden erforderlichen Nachweisen, einschließlich der zur Erprobung erforderlichen ärztlichen Leistungen oder der Leistungen der Heilmittelerbringer oder der Hebammen, zu bestimmen. Die Erprobung und deren Dauer sind im Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen kenntlich zu machen. Der Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen niedriger Risikoklasse hat dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte spätestens nach Ablauf des Erprobungszeitraums die Nachweise für positive Versorgungseffekte der erprobten digitalen Gesundheitsanwendung vorzulegen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet über die endgültige Aufnahme der erprobten digitalen Gesundheitsanwendung innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Nachweise durch Bescheid. Sind positive Versorgungseffekte nicht hinreichend belegt, besteht aber aufgrund der vorgelegten Erprobungsergebnisse eine überwiegende Wahrscheinlichkeit einer späteren Nachweisführung, kann das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte den Zeitraum der vorläufigen Aufnahme in das Verzeichnis zur Erprobung um bis zu zwölf Monate einschließlich des Zeitraums nach Satz 6 verlängern. Lehnt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eine endgültige Aufnahme in das Verzeichnis ab, so hat es die zur Erprobung vorläufig aufgenommene digitale Gesundheitsanwendung aus dem Verzeichnis zu streichen. Eine erneute Antragstellung nach Absatz 2 ist frühestens zwölf Monate nach dem ablehnenden Bescheid des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte oder der Rücknahme des Antrags durch den Hersteller zulässig, wenn mit dem neuen Antrag neue oder noch nicht bereits übermittelte Nachweise für positive Versorgungseffekte vorgelegt werden. Eine wiederholte vorläufige Aufnahme in das Verzeichnis zur Erprobung ist nicht zulässig.
- (5) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte informiert die Vertragspartner nach § 87 Absatz 1 zeitgleich mit der Aufnahme digitaler Gesundheitsanwendungen in das Verzeichnis über die ärztlichen Leistungen, die als erforderlich für die Versorgung mit der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung oder für deren Erprobung bestimmt wurden. Wurde eine Leistung eines Heilmittelerbringers oder einer Hebamme als erforderlich für die Versorgung mit der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung oder für deren Erprobung bestimmt, informiert das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die Vertragspartner nach § 125 Absatz 1 oder § 134a Absatz 1 über diese Leistung.

- (6) Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen, die in das Verzeichnis aufgenommen wurden, sind verpflichtet, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte unverzüglich anzuzeigen,
1. dass sie wesentliche Veränderungen an den digitalen Gesundheitsanwendungen vorgenommen haben oder
 2. dass Änderungen an den im Verzeichnis veröffentlichten Informationen notwendig sind.

Der Hersteller hat die nach Absatz 8 Satz 1 veröffentlichten Anzeigeformulare für seine Anzeigen zu verwenden. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet innerhalb von drei Monaten nach der Anzeige durch Bescheid darüber, ob das Verzeichnis anzupassen ist oder ob die digitale Gesundheitsanwendung aus dem Verzeichnis zu streichen ist. Erlangt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte Kenntnis von anzeigepflichtigen Veränderungen einer digitalen Gesundheitsanwendung, so hat es dem jeweiligen Hersteller eine Frist zur Anzeige zu setzen, die in der Regel nicht mehr als vier Wochen betragen darf. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte kann dem Hersteller gleichzeitig ein Zwangsgeld von bis zu 100 000 Euro androhen und dieses Zwangsgeld im Falle der Nichteinhaltung der Frist zur Anzeige festsetzen. Kommt der Hersteller der Aufforderung zur Anzeige wesentlicher Veränderungen nicht innerhalb der gesetzten Frist nach, kann das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die digitale Gesundheitsanwendung aus dem Verzeichnis streichen. Der Hersteller ist verpflichtet, Veränderungen an der digitalen Gesundheitsanwendung zu dokumentieren. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte kann die Vorlage der Dokumentation verlangen, wenn das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte Kenntnis davon erhält, dass der Hersteller der Anzeigepflicht nach Satz 1 nicht nachgekommen ist. Auf Antrag des Herstellers ist eine digitale Gesundheitsanwendung aus dem Verzeichnis zu streichen.

- (7) Die Kosten des Verfahrens nach den Absätzen 2, 3, 4 und 6, einschließlich des Widerspruchsverfahrens gegen einen auf Grund dieser Vorschriften erlassenen Verwaltungsakt oder gegen die auf Grund der Rechtsverordnung nach Absatz 9 erfolgte Festsetzung von Gebühren und Auslagen, trägt der Hersteller. Die Verwaltungskosten werden nach pauschalierten Gebührensätzen erhoben. Kosten für individuell zurechenbare öffentliche Leistungen, die nicht in die Gebühren einbezogen sind, werden als Auslagen gesondert in der tatsächlich entstandenen Höhe erhoben. Für die Erhebung der Gebühren und Auslagen durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte gelten die §§ 13 bis 21 des Bundesgebührengesetzes entsprechend.

- (8) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte veröffentlicht im Internet einen Leitfaden zu Antrags- und Anzeigeverfahren sowie elektronische Formulare für vollständige Antrags- und Anzeigeunterlagen in deutscher und englischer Sprache. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte berät die Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen zu den Antrags- und Anzeigeverfahren sowie zu den Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit die Versorgung mit der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung nach § 33a zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden kann. Für die Beratung können Gebühren nach pauschalierten Gebührensätzen erhoben werden; Absatz 7 Satz 4 gilt entsprechend.

- (9) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu regeln zu

1. Den Inhalten des Verzeichnisses, dessen Veröffentlichung, der Interoperabilität des elektronischen Verzeichnisses mit elektronischen Transparenzportalen Dritter und der Nutzung der Inhalte des Verzeichnisses durch Dritte.
2. den nach Absatz 2 Satz 2 nachzuweisenden Anforderungen, einschließlich der Anforderungen an die Interoperabilität und die Erfüllung der Verpflichtung zur Integration von Schnittstellen, sowie zu den positiven Versorgungseffekten,
3. den nach Absatz 4 Satz 2 zu begründenden Versorgungsverbesserungen und zu dem nach Absatz 4 Satz 2 beizufügenden Evaluationskonzept zum Nachweis positiver Versorgungseffekte,
4. den nach Absatz 6 Satz 1 anzeigepflichtigen Veränderungen und der Verpflichtung der Hersteller zur Dokumentation der Vornahme von Veränderungen an der digitalen Gesundheitsanwendung nach Absatz 6 Satz 7,
5. den Einzelheiten der Antrags- und Anzeigeverfahren und des Formularwesens beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte,
6. den Gebühren und Gebührensätzen für die von den Herstellern zu tragenden Kosten sowie den Auslagen nach den Absätzen 7 und 8 Satz 3,
7. der Bestellung der Mitglieder der Schiedsstelle nach § 134, der Erstattung der baren Auslagen und der Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle nach § 134, dem Verfahren, dem Teilnahmerecht des Bundesministeriums für Gesundheit und der Patientenorganisationen nach § 140f an den Sitzungen der Schiedsstelle nach § 134 sowie der Verteilung der Kosten.

Die Regelungen nach Satz 1 Nummer 2 und 3 erfolgen unter Berücksichtigung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin.

- (10) Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik legt im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und im Benehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit erstmals bis zum 1. Januar 2024 und dann in der Regel jährlich die von digitalen Gesundheitsanwendungen nachzuweisenden Anforderungen an die Datensicherheit nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 fest. Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik bietet ab dem 1. Juni 2024 Verfahren zur Prüfung der Einhaltung der Anforderungen nach Satz 1 sowie Verfahren zur Bestätigung der Einhaltung der Anforderungen nach Satz 1 durch entsprechende Zertifikate an. Der Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an die Datensicherheit durch den Hersteller ist spätestens ab dem 1. Januar 2025 unter Vorlage eines Zertifikates nach Satz 2 zu führen.

- (11) Sofern in den Festlegungen nach Satz 1 Anforderungen an ein geeignetes sicheres technisches Verfahren zur Authentifizierung des Versicherten vorgesehen werden, das einen hohen Sicherheitsstandard gewährleistet, ist in den Festlegungen auch zu regeln, dass der Versicherte nach umfassender Information durch den für die jeweilige Anwendung datenschutzrechtlich Verantwortlichen über die Besonderheiten des Verfahrens in die Nutzung eines Authentifizierungsverfahrens einwilligen kann, das einem niedrigeren Sicherheitsniveau entspricht.
- (12) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte legt im Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik erstmals bis zum 31. März 2022 und dann in der Regel jährlich die Prüfkriterien für die von digitalen Gesundheitsanwendungen nachzuweisenden Anforderungen an den Datenschutz nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 fest. Der Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an den Datenschutz durch den Hersteller ist ab dem 1. August 2024 durch Vorlage eines anhand der Prüfkriterien nach Satz 1 ausgestellten Zertifikates nach Artikel 42 der Verordnung (EU) 2016/679 zu führen. Soweit eine Nachweisführung nach Satz 2 aufgrund der verspäteten Bereitstellung der Zertifizierungsverfahren nicht möglich ist, kann das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte den Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen eine Frist für die Vorlage eines Zertifikats nach Satz 2 setzen, sobald Verfahren zur Zertifizierung zur Verfügung stehen.
- (13) In das Verzeichnis nach Absatz 1 können auch digitale Gesundheitsanwendungen aufgenommen werden, die durch die Träger der Rentenversicherung als Leistungen zur Teilhabe nach dem Sechsten Buch erbracht werden. Die Absätze 1 bis 4a und 6 bis 10 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass für digitale Gesundheitsanwendungen nach Satz 1 neben dem Nachweis positiver Versorgungseffekte nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 zusätzlich der Nachweis des Erhalts der Erwerbsfähigkeit zu führen ist. Nähere Regelungen zu dem zusätzlichen Nachweis des Erhalts der Erwerbsfähigkeit durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 9 Satz 1 bedürfen des Einvernehmens mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Durch die Regelungen in den Sätzen 1 und 2 werden keine Leistungsverpflichtungen für die Krankenkassen begründet.
- (14) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte veröffentlicht ab dem 1. Januar 2026 in dem Verzeichnis nach Absatz 1 die Ergebnisse der anwendungsbegleitenden Erfolgsmessung einer digitalen Gesundheitsanwendung. Die Hersteller übermitteln dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die erforderlichen Daten in anonymisierter und aggregierter Form. Zu den Ergebnissen der anwendungsbegleitenden Erfolgsmessung nach Satz 1 zählen insbesondere
1. die Dauer und die Häufigkeit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung,
 2. die Patientenzufriedenheit in Bezug auf die Qualität der digitalen Gesundheitsanwendung und
 3. der patientenberichtete Gesundheitszustand während der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, in der Rechtsverordnung nach Absatz 9 ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu regeln zu
 4. den zu übermittelnden Daten und Übermittlungsfristen,
 5. den Methoden, Verfahren und Inhalten der Erfolgsmessung sowie
 6. der Veröffentlichung in dem Verzeichnis nach Absatz 1.
 7. In der Rechtsverordnung nach Absatz 9 ist vorzusehen, dass die im Rahmen der anwendungsbegleitenden Erfolgsmessung verarbeiteten Daten ohne die Einwilligung der Versicherten nicht zu weiteren Zwecken verarbeitet werden dürfen

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

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

Krankheitskostenvollversicherung

BestensGesund

Premium SB 0	(Tarifstufe 895)
Premium SB 500	(Tarifstufe 896)
Premium SB 1.000	(Tarifstufe 897)

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2026 (AVB/KK 2026) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

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

Teil II **Allgemeine Tarifbedingungen des Münchener Verein (Version 2026)**

A. Leistungen des Versicherers

1. Anerkannte Gebühren bei erstattungsfähiger Behandlung im Inland:

- a) Ärztliche und zahnärztliche Leistungen werden erstattet, soweit sie nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) berechnet sind. Bei rechtsgültiger Honorarvereinbarung werden auch Gebühren über den Höchstsätzen der GOÄ bzw. GOZ erstattet.
- b) Leistungen von nichtärztlichen approbierten Psychotherapeuten werden erstattet, soweit sie nach der gültigen Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) berechnet sind. Bei rechtsgültiger Honorarvereinbarung werden auch Gebühren über den Höchstsätzen der GOP erstattet.
- c) Leistungen einer Hebamme bzw. eines Entbindungspflegers werden erstattet, soweit sie nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Hebammen berechnet sind.
- d) Leistungen eines Heilpraktikers werden erstattet, soweit sie nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) berechnet sind und die dort genannten Höchstbeträge nicht überschreiten.
- e) Leistungen von Heilmitteln durch Angehörige staatlich anerkannter Heilhilfsberufe werden soweit erstattet, wie sie die von der Bundesbeihilfe festgelegten Höchstbeträge um nicht mehr als 20% übersteigen.
- f) Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien werden in ortsüblicher Höhe erstattet.
- g) Sofern ein Krankenhaus unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes oder der Bundespflegesatzverordnung fällt, werden für allgemeine Krankenhausleistungen die nach der aktuellen Fassung festgelegten Gebührenhöhen erstattet.
Allgemeine Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die nicht dem Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegen, sind im Inland maximal bis zur doppelten Höhe gemäß vorgenannter Gesetze erstattungsfähig. Grundlage ist der Landesbasisfallwert des Bundeslandes, in dem der Versicherte behandelt wird.
Diese Begrenzung findet keine Anwendung, sofern die versicherte Person aufgrund eines Unfalls oder Notfalls von einem Rettungsdienst in ein solches Krankenhaus eingeliefert wird.
- h) Für alle anderen Leistungen gilt: Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Existiert eine solche Vergütungsvereinbarung nicht, werden Gebühren in der Höhe erstattet, wie sie der Leistungserbringer von einem gesetzlich Versicherten in einem vergleichbaren Fall verlangen könnte, es sei denn, es ist im Folgenden etwas Anderes festgelegt.

2. Anerkannte Gebühren bei erstattungsfähiger Behandlung im Ausland:

- a) Bei erstattungsfähiger Behandlung während der ersten sechs Monate eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts – siehe jedoch Ausnahme in Buchstabe A. 2. b) – oder bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland, soweit eine Vereinbarung gemäß §1 Teil II Ziffer 5 AVB/KK 2026 geschlossen wurde (EWR-Ausland) bzw. gemäß § 1 Teil II Ziffer 4 b) AVB/KK 2026 (Nicht-EWR-Ausland), gilt:

Es werden Kosten bis zu der Höhe anerkannt, wie sie am Aufenthaltsort in vergleichbaren Fällen üblicherweise berechnet werden.
- b) Bei gezielter Auslandsbehandlung ohne zwingenden Behandlungsgrund im Ausland bleibt der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. Eine gezielte Auslandsbehandlung ohne zwingenden Behandlungsgrund im Ausland liegt vor, sofern die Heilbehandlung im Ausland der alleinige oder einer der Gründe der Reise ist und die Heilbehandlung auch in Deutschland hätte durchgeführt werden können. Eine gezielte Entbindung im Ausland steht der gezielten Heilbehandlung im Ausland gleich.
- c) Bei einer gezielter Auslandsbehandlung mit zwingendem Behandlungsgrund im Ausland, weil die Behandlung aus medizinischen Gründen nicht in Deutschland durchgeführt werden kann, werden neben der Erstattung der Kosten der Behandlung gemäß Buchstabe A. 2. a) auch Reisekosten in angemessener Höhe für die versicherte Person und eine erwachsene Begleitperson erstattet. Zu den Reisekosten zählen neben Fahrt bzw. Transportkosten auch die Unterbringung am ausländischen Aufenthaltsort.

3. Ambulante Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

a) ärztliche Leistungen (auch Video-Beratungen und –Untersuchungen)

zu 100 %

Für folgende Leistungen bestehen Einschränkungen:

- **operative Sehschärferkorrektur (z. B. LASIK/ LASEK):** Erstattungsfähig sind innerhalb von 60 Monaten maximal 5.000 Euro.
- **Kinderwunschbehandlung:** Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Insemination, In-Vitro-Fertilisation oder In-Vitro-Fertilisation mit Intracytoplasmatischer Spermieninjektion. Voraussetzung dafür ist, dass eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person vorliegt, für die Behandlung eine hinreichende Erfolgsaussicht besteht und zum Zeitpunkt der Behandlung die weibliche versicherte Person das 40. Lebensjahr und die männliche versicherte Person das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Erstattungsfähig sind bis zur Geburt eines lebenden Kindes maximal 4 Versuche für jedes der genannten Verfahren, wobei ein Versuch, der zu einer festgestellten Schwangerschaft mit anschließender Fehlgeburt führt, nicht gezählt wird. Die Anzahl der Versuche bei mit hinreichender Erfolgsaussicht durchgeführten Inseminationen ohne hormonelle Stimulation ist abweichend hiervon nicht begrenzt.

Erstattungsfähig sind innerhalb der ersten 36 Monate nach Versicherungsbeginn maximal 2.000 Euro.

Besteht ein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger bleibt der Versicherer nur zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die von dem Anspruch gegen den anderen Kostenträger nicht umfasst sind.

- **Kryokonservierung:** Erstattungsfähig sind einmalig die Aufwendungen der ärztlichen Leistungen für eine Kryokonservierung von Ei- oder Samen-Zellen oder Keimzell-Gewebe. Voraussetzung dafür ist, dass die versicherte Person eine keimzellenschädigende Therapie erhält. Erstattungsfähig sind auch die Aufwendungen für die Konservierung.
Leistungen werden erbracht, so lange bis die weibliche versicherte Person das 40. Lebensjahr bzw. die männliche versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet hat.

Es besteht folgende Leistungserweiterung von § 1 Teil II Ziffer 1 AVB/KK 2026:

- **Vorsorgeuntersuchungen:** Über die in den gesetzlichen Programmen enthaltenen Vorsorgeuntersuchungen hinaus sind auch andere Untersuchungen zur gezielten Erkennung einer bestimmten Krankheit erstattungsfähig.

b) Psychotherapie

zu 100 %

Erstattungsfähig ist die Psychotherapie durch ärztliche oder nichtärztliche Psychotherapeuten.

c) Leistungen durch Hebammen und Geburtshäuser

zu 100 %

Erstattungsfähig sind bei Schwangerschaft und Entbindung Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern. Erstattungsfähig sind insbesondere Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik sowie ein Geburtsvorbereitungskurs für die schwangere Frau.

Erstattungsfähig sind bei Entbindung in einem Geburtshaus auch die Kosten, die zusätzlich von dem Geburtshaus in Form einer Betriebskostenpauschale in Rechnung gestellt werden können.

d) Arznei- und Verbandmittel

zu 100 %

Erstattungsfähig wie Arzneimittel sind auch Harn- und Blutteststreifen, enterale und parenterale Ernährung sofern eine normale Nahrungsaufnahme medizinisch nicht möglich ist, sowie bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel die erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.

Nicht erstattungsfähig sind andere als im vorstehenden Absatz genannte Nähr- und Stärkungsmittel, Geriatrika, kosmetische und Desinfektionsmittel, Mineralwässer und Präparate zur Raucherentwöhnung, zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts sowie zur Verbesserung des Haarwuchses, es sei denn, die versicherte Person ist an kreisrundem Haarausfall (Alopecia areata) erkrankt.

Verschreibungspflichtige Mittel, die zur Empfängnisverhütung verordnet werden, sind nur erstattungsfähig, sofern die versicherte Person zum Zeitpunkt der Verordnung das 24. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Die vorgenannte Altersbegrenzung gilt nicht, wenn die versicherte Person mutmaßlich Opfer einer Sexualstraftat wurde und nachträglich ein Arzneimittel zur Empfängnisverhütung einnimmt.

Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion sind nur erstattungsfähig, wenn eine radikale Prostatektomie (RPE) erfolgt ist.

Anlässlich einer Auslandsreise ist auch eine Malaria-Prophylaxe erstattungsfähig.

e) Heilmittel durch nichtärztliche Leistungserbringer

zu 100 %

Erstattungsfähig sind alle Leistungen, die im Leistungsverzeichnis der Bundesbeihilfe aufgeführt sind. Hierzu gehören u. a. physiotherapeutische, ergotherapeutische, logopädische, podologische und ernährungstherapeutische Leistungen.

f) Hilfsmittel

Als Hilfsmittel gelten Seh- und Hörhilfen, technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- und Unfallfolgen mildern oder ausgleichen, den Erfolg der Heilbehandlung sichern bzw. das Leben erhalten. Dies umfasst insbesondere auch alle Hilfsmittel, die im aktuell gültigen Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherung genannt sind.

Erstattungsfähig ist auch

- die Anschaffung eines Blindenhundes einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahmen,
- die Anschaffung eines Blutzuckermessgerätes mit Sensortechnik einschließlich dem notwendigen Austausch der Sensoren,
- die Durchführung von Dialyse zu Hause einschließlich der Kosten der Überlassung eines Heimdialysegeräts.

Erstattet werden auch die Aufwendungen für die Miete von Hilfsmitteln (bis maximal zur Höhe des Anschaffungspreises) sowie die Unterweisung im Gebrauch, Anpassung, Wartung und Reparatur von Hilfsmitteln. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für den Unterhalt bzw. Betrieb eines Hilfsmittels (z. B. Strom, Batterien).

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- Hilfsmittel, die die Pflegepflichtversicherung zu erstatten hat,
- Geräte, die dem Fitness- und Wellnessbereich zuzuordnen sind, sowie
- Hilfsmittel, die auch für den täglichen Gebrauch einer gesunden Person geeignet sind.

Die Aufwendungen für erstattungsfähige Hilfsmittel werden im folgenden Umfang übernommen:

1) Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) zu 100 %

Erstattungsfähig sind Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) sowie die Reparatur von Sehhilfen.

Erstattungsfähig sind maximal 600 Euro innerhalb von zwei Versicherungsjahren.

2) Sonstige erstattungsfähige Hilfsmittel

- bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 Euro **zu 100 %**

- ab einem Rechnungsbetrag von 1.000 Euro, sofern die Beschaffung über den Hilfsmittelservice des Versicherers erfolgt oder die Beschaffung über den Hilfsmittelservice des Versicherers nicht möglich ist bzw. die Beschaffung notfallmäßig erfolgen musste **zu 100 %**

- ab einem Rechnungsbetrag von 1.000 Euro, sofern die Beauftragung des Hilfsmittelservices des Versicherers nicht erfolgt ist, obwohl eine Beschaffung über den Hilfsmittelservice möglich gewesen wäre. **zu 80 %**

Wird aufgrund der speziellen Erkrankung der versicherten Person absehbar mehrfach ein Hilfsmittel notwendig, ist der Versicherer berechtigt, eine zukünftige Erstattung unter den Vorbehalt zu stellen, dass der Versicherer mit der Beschaffung des Hilfsmittels beauftragt wird. Darüber wird der Versicherer den Versicherungsnehmer in Textform informieren. Ab dem Zeitpunkt von 14 Tagen nach der Kenntnisnahme durch den Versicherungsnehmer bleibt der Versicherer nur zu Aufwendungen in der Höhe leistungspflichtig, wie sie in dem Falle entstanden wären, in dem der Versicherer das Hilfsmittel beschafft hätte, maximal jedoch **80%** des Rechnungsbetrages, zu dem der Versicherungsnehmer das Hilfsmittel selbst beschafft hat.

g) Leistungen durch Heilpraktiker zu 100 %

Behandlungen durch Heilpraktiker sind erstattungsfähig, soweit sie im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Eine eventuelle Leistungsbegrenzung durch § 4 Teil I Ziffer 6 AVB/KK 2026 findet insoweit keine Anwendung. Nicht erstattungsfähig sind jedoch psychotherapeutische Behandlungen durch Heilpraktiker, es sei denn der Heilpraktiker ist berechtigt, die psychotherapeutische Behandlung nach den Bestimmungen von Buchstabe A. 3. b) durchzuführen.

Ist der Heilpraktiker Mitglied eines Berufsverbands der Osteopathen in Deutschland oder hat er eine osteopathische Ausbildung absolviert, die zum Beitritt in einen solchen Verband berechtigt, sind osteopathische Leistungen in ortsüblicher Höhe auch dann erstattungsfähig, wenn sie nicht nach der GebüH berechnet sind.

Ist der Heilpraktiker Mitglied der deutschen Chiropraktoren Gesellschaft (DCG), sind chiropraktische Leistungen in ortsüblicher Höhe auch dann erstattungsfähig, wenn sie nicht nach der GebüH berechnet sind.

Leistungen von Heilpraktikern (Behandlungen und verordnete Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel) sind bis maximal 2.000 Euro je Versicherungsjahr erstattungsfähig.

h) Häusliche Pflege zu 100 %

Erstattungsfähig ist die häusliche Behandlungspflege (z. B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen; Intensivpflege), die von Ärzten verordnet und verantwortet wird.

Erstattungsfähig ist unter folgenden Voraussetzungen auch die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu 28 Tagen je Versicherungsfall:

- die versicherte Person ist nicht pflegebedürftig im Sinne des elften Sozialgesetzbuches und
- entweder wird durch die häusliche Pflege ein Krankenhausaufenthalt verkürzt oder vermieden (Krankenhausvermeidungspflege) oder

- die häusliche Pflege wird nach einer Krankenhausbehandlung bzw. ambulanten Operation aufgrund einer schweren Erkrankung kurzfristig notwendig (Unterstützungspflege).

Erstattungsfähig sind für hauswirtschaftliche Versorgung bis zu 15 Euro pro Stunde, maximal 120 Euro pro Tag. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Haushaltshilfen, die bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert mit der versicherten Person sind.

i) Außerklinische Intensivpflege zu 100 %

Erstattungsfähig sind bei Intensivpflege (z. B. 24 Stunden-Beatmung, vgl. Buchstabe A. 3. h)) auch die Kosten für die Unterbringung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung im Sinne des § 43 SGB XI (s. Anhang) oder in einer anderen geeigneten Pflegeeinrichtung gemäß § 73 SGB XI (s. Anhang), die nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung verbleiben.

j) Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit zu 100 %

Erstattungsfähig ist Kurzzeitpflege im Sinne und Umfang des § 42 SGB XI (s. Anhang).

Voraussetzungen sind:

- die versicherte Person ist nicht pflegebedürftig im Sinne des elften Sozialgesetzbuches und
- die Leistungen der häuslichen Unterstützungspflege nach Buchstabe A. 3. h) reichen nicht aus, um die Versorgung der versicherten Person sicherzustellen und
- die Kurzzeitpflege findet in einem gemäß elften Sozialgesetzbuch zugelassenen Pflegeheim oder einer ähnlichen Einrichtung statt.

k) Palliativversorgung zu 100 %

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung sowie die Unterbringung in einem Hospiz.

Voraussetzung ist, dass die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, hierdurch die Lebenserwartung begrenzt ist und deshalb eine besonders aufwändige Versorgung benötigt wird.

l) Sozialpädiatrische Leistungen und Frühförderung zu 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für sozialpädiatrische Leistungen und Frühförderung.

Besteht ein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger bleibt der Versicherer nur zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die von dem Anspruch gegen den anderen Kostenträger nicht umfasst sind.

m) Soziotherapie zu 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Soziotherapie je Versicherungsfall bis zu 120 Stunden innerhalb von 3 Versicherungsjahren.

Voraussetzung ist, dass die Soziotherapie ärztlich verordnet ist.

4. Kurbehandlung zu 100 %

Erstattungsfähig sind bei ärztlich verordneten Kurbehandlungen die Aufwendungen gemäß Ziffer 3 sowie die Kosten für Kurtaxe und Kurplan. Für Unterkunft und Verpflegung wird ein Kurtagegeld in Höhe von 30 € je Tag, maximal aber für 28 Tage je Versicherungsjahr, gezahlt.

5. Akutstationäre Heilbehandlung

Eine **akutstationäre** Behandlung im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung in einem Krankenhaus (vgl. § 4 Teil I Ziffer 4 AVB/KK 2026 in Verbindung mit § 4 Teil II Ziffer 11 AVB/KK 2026) durchgeführt wird, die keine Rehabilitationsmaßnahme (vgl.

Buchstabe A. 6) darstellt. Die akutstationäre Behandlung umfasst insbesondere auch Maßnahmen zur Frührehabilitation.

Erstattungsfähig sind bei akutstationärer Behandlung Aufwendungen für

a) Allgemeine Krankenhausleistungen **zu 100 %**

Erstattungsfähig sind allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Krankenhausentgeltgesetz und Bundespflegesatzverordnung. Unterliegt ein Krankenhaus nicht dem Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes oder der Bundespflegesatzverordnung gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Unterbringung sowie alle ärztlichen und pflegerischen Leistungen, soweit sie nicht von den Bestimmungen des Buchstaben A. 5. b) bis d) umfasst sind.

b) Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer/ Familienzimmer **zu 100 %**

Erstattungsfähig ist die gesondert berechenbare Unterbringung und Verpflegung in einem Ein- oder Zweibettzimmer sowie durch das Krankenhaus in Rechnung gestellte Komfortleistungen (z. B. verbesserte Verpflegung durch das Krankenhaus, Bereitstellungskosten für Telefonanschluss, WLAN, TV und Radio). Im Rahmen einer Entbindung der weiblichen versicherten Person ist auch die gesondert berechenbare Unterbringung und Verpflegung in einem Familienzimmer erstattungsfähig. Existiert keine Vergütungsvereinbarung zwischen dem Krankenhaus und dem Verband der Privaten Krankenversicherung, so sind Kosten maximal in der Höhe erstattungsfähig, wie sie in einem Krankenhaus anfallen können, mit dem der Verband der privaten Krankenversicherung eine Vergütungsvereinbarung geschlossen hat.

c) Privatärztliche Behandlung **zu 100 %**

Erstattungsfähig ist die gesondert berechenbare privatärztliche Behandlung. Hierzu gehören im Inland ausschließlich die wahlärztliche und die belegärztliche Behandlung.

d) Hebammen und Entbindungspfleger **zu 100 %**

Erstattungsfähig sind gesondert berechenbare Aufwendungen für Hebammen und Entbindungspfleger.

e) Ersatzkrankenhaustagegeld im Inland

Werden bei einer akutstationären Behandlung im Inland für den gesamten Krankenhausaufenthalt keine Leistungen für die privatärztliche Behandlung gemäß Buchstabe A. 5. c) in Anspruch genommen, wird auf Antrag des Versicherungsnehmers für jeden Kalendertag des Krankenhausaufenthalts der versicherten Person ein Ersatz-Krankenhaustagegeld in Höhe von

50 Euro

gezahlt. Für versicherte Kinder und Jugendliche (vgl. § 8 a Teil II Ziffer 1 AVB/KK 2026) gilt der hälftige Betrag.

Aufnahme- und Entlassungstag werden zusammengerechnet und gelten als ein Kalendertag.

Werden bei einer akutstationären Behandlung im Inland teilweise oder insgesamt keine gesondert berechenbare Unterbringung gemäß Buchstabe A. 5. b) in Anspruch genommen, wird auf Antrag des Versicherungsnehmers ein

Ersatz-Krankenhaustagegeld in Höhe von

30 Euro

für jeden Kalendertag gezahlt, an dem die gesondert berechenbare Unterbringung nicht in Anspruch genommen wurde. Dies gilt jedoch nicht für die Tage des Krankenhausaufenthalts, in denen sich die versicherte Person in einer Intensiv- oder Säuglingsstation befand.

Für versicherte Kinder und Jugendliche (vgl. § 8 a Teil II Ziffer 1 AVB/KK 2026) gilt der hälftige Betrag.

Aufnahme- und Entlassungstag werden zusammengerechnet und gelten als ein Kalendertag.

6. Rehabilitationsmaßnahmen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

a) Anschlussheilbehandlungen (AHB)

zu 100 %

Eine AHB ist eine medizinisch notwendige Maßnahme zur Rehabilitation, die sich an eine akutstationäre Behandlung im engen zeitlichen Zusammenhang anschließt. Der enge zeitliche Zusammenhang ist gegeben, sofern die Maßnahme zur Rehabilitation spätestens 4 Wochen nach Beendigung des akutstationären Aufenthalts beginnt. Sofern aus medizinischen Gründen die Einhaltung dieser Frist nicht sinnvoll ist (z. B. nach Strahlentherapie), kann auch eine später beginnende Maßnahme zur Rehabilitation als AHB gelten.

Aufwendungen für ambulante oder stationäre AHB sind nur nach vorheriger Zusage in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die vorherige Zusage für eine medizinisch notwendige ambulante oder stationäre AHB erteilen, sofern kein anderer Kostenträger (z.B. gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung) leistungspflichtig ist.

Bei ambulanter AHB sind Leistungen gemäß Buchstabe A. 3. a), b), d), e) und f) erstattungsfähig. Erstattungsfähig sind auch Kostenpauschalen für Leistungen, die die Einrichtung darüber hinaus erbringt, um die Ziele der Rehabilitation zu erreichen.

Bei stationärer AHB sind Leistungen gemäß Buchstabe A. 5. Buchstabe a) bis c) erstattungsfähig. Ein Ersatzkrankenhaustagegeld gemäß Buchstabe A. 5. e) wird hingegen nicht erstattet.

b) Entwöhnungsbehandlungen

zu 100 %

Erstattungsfähig sind maximal drei Entwöhnungsbehandlungen innerhalb von 10 Versicherungsjahren, unabhängig davon, ob diese ambulant oder stationär durchgeführt werden.

Aufwendungen für ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlungen sind nur nach vorheriger Zusage in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die vorherige Zusage für eine medizinisch notwendige ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlung erteilen, sofern kein anderer Kostenträger (z. B. gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung) leistungspflichtig ist und es sich nicht um eine Entwöhnungsbehandlung aufgrund Nikotinsucht handelt.

Bei ambulanter Entwöhnung sind Leistungen gemäß Buchstabe A. 3. a), b), d) und e) erstattungsfähig. Erstattungsfähig sind auch Kostenpauschalen für Leistungen, die die Einrichtung darüber hinaus erbringt, um die Ziele der Entwöhnung zu erreichen.

Bei stationärer Entwöhnung sind Leistungen gemäß Buchstabe A. 5. a) erstattungsfähig. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine gesondert berechenbare Unterbringung und Verpflegung sowie privatärztliche Leistungen nach Buchstabe A. 5. b) und c). Ein Ersatzkrankenhaustagegeld gemäß Buchstabe A. 5. e) wird ebenfalls nicht erstattet.

c) Sonstige Rehabilitationsmaßnahmen

zu 100 %

Erstattungsfähig sind - außer den in Buchstabe A. 6. a) und b) genannten – weitere medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahmen. Hierzu zählen zum Beispiel Rehabilitationszentren bei Multipler Sklerose oder Parkinson.

Aufwendungen für sonstige ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sind nur nach vorheriger Zusage in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die vorherige Zusage für eine medizinisch notwendige sonstige ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme erteilen, sofern kein anderer Kostenträger (z. B. gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung) leistungspflichtig ist.

Bei ambulanter Rehabilitationsmaßnahme sind Leistungen gemäß Buchstabe A. 3. a), b), d), e) und f) erstattungsfähig. Erstattungsfähig sind auch Kostenpauschalen für Leistungen, die die Einrichtung darüber hinaus erbringt, um die Ziele der Rehabilitation zu erreichen.

Bei stationärer Rehabilitationsmaßnahme sind Leistungen gemäß Buchstabe A. 5. a) bis c) erstattungsfähig. Ein Ersatzkrankenhaustagegeld gemäß Buchstabe A. 5. e) wird hingegen nicht erstattet.

d) Ambulanter Rehabilitationssport in Gruppen und Funktionstraining **zu 100 %**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen und ärztlich verordnetes Funktionstraining.

7. Krankentransporte und Krankenfahrten

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

a) Krankentransporte **zu 100 %**

Erstattungsfähig sind Krankentransporte im Rettungsfahrzeug oder -hubschrauber zur bzw. von der ambulanten oder stationären Behandlung bis zu einer Entfernung von 100 km.

Voraussetzung ist, dass es sich hierbei um einen Rettungstransport zum Krankenhaus handelt oder die versicherte Person während der Fahrt zur/von der medizinisch notwendigen Behandlung aus medizinischen Gründen von medizinisch geschultem Personal begleitet werden muss. Bei Rettungstransporten gilt: Ist innerhalb einer Entfernung von 100 km kein geeignetes Krankenhaus verfügbar, so ist der Transport bis zum nächstgelegenen geeigneten und verfügbaren Krankenhaus erstattungsfähig. Gleiches gilt für andere medizinisch notwendige Transporte, sofern innerhalb einer Entfernung von 100 km zum Wohnort kein geeigneter Behandlungsort verfügbar ist.

b) Krankenfahrten **zu 100 %**

Erstattungsfähig sind Krankenfahrten im Taxi, mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder PKW zu und von der ambulanten oder stationären medizinisch notwendigen Behandlung.

Voraussetzung ist, dass mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

- Die versicherte Person ist aus medizinischen Gründen zumindest teilweise nicht in der Lage ein Fahrzeug zu führen und dies wird ärztlich bestätigt.
- Es handelt sich um eine ambulante Dialyse- bzw. Apheresebehandlung, Strahlen- oder Chemotherapie.
- Die versicherte Person ist aus medizinischen Gründen geh- oder sehunfähig und dies wird ärztlich bestätigt. Eine ärztliche Bestätigung ist nicht erforderlich, sofern das Vorliegen eines Schwerbehindertenausweises mit dem Kennzeichen außergewöhnliche Gehbehinderung (AG), Blindheit (Bl) oder Hilflosigkeit (H) oder Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 3 nachgewiesen wird.

Erstattungsfähig bei Vorliegen eines der genannten Kriterien sind Fahrtkosten bis zu einer Entfernung von 50 km. Ist innerhalb dieser Entfernung kein geeigneter Behandlungsort verfügbar, so ist die Krankenfahrt bis zum nächstgelegenen geeigneten und verfügbaren Behandlungsort erstattungsfähig. Bei Fahrten im eigenen PKW oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln sind 30 Cent pro Kilometer erstattungsfähig.

Sofern es sich um eine stationäre AHB handelt (vgl. Buchstabe A. 6 a)), für die der Versicherte leistungspflichtig ist, sind Fahrtkosten bis zu einer Entfernung von 200 km erstattungsfähig. Bei Fahrten im eigenen PKW oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln sind 30 Cent pro Kilometer erstattungsfähig.

- c) Mehrfach notwendige Krankentransporte/Krankenfahrten** **zu 100 %**
- Werden aufgrund der speziellen Erkrankung der versicherten Person absehbar mehrfach Krankentransporte bzw. Krankenfahrten gemäß Buchstabe A. 7. a) oder b) notwendig, ist der Versicherer berechtigt, eine zukünftige Erstattung unter den Vorbehalt zu stellen, dass die Krankentransporte bzw. Krankenfahrten vom Versicherer organisiert werden. Darüber wird der Versicherungsnehmer in Textform informieren. Ab dem Zeitpunkt von 14 Tagen nach der Kenntnisnahme durch den Versicherungsnehmer bleibt der Versicherer nur zu Aufwendungen in der Höhe leistungspflichtig, wie sie in dem Falle entstanden wären, in dem der Versicherer die Krankentransporte bzw. Krankenfahrten organisiert hätte.

8. Zahnärztliche Behandlung

- a) Zahnprophylaxe** **zu 100 %**
- Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die nach der GOZ berechenbaren zahnprophylaktischen Leistungen.
- b) Zahnersatz**
- ab dem vollendeten 21. Lebensjahr **zu 90 %**
bis zum vollendeten 21. Lebensjahr **zu 100 %**
- Erstattungsfähig ist die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz. Als Zahnersatz gelten prothetische und implantologische Leistungen, die Versorgung mit Brücken und Zahnkronen aller Art, Veneers, Einlagefüllungen (z. B. Inlays, Onlays), sowie für alle Zähne Keramikverblendungen auf metallischem Zahnersatz.
- c) Kieferorthopädie**
- ab dem vollendeten 21. Lebensjahr **zu 90 %**
bis zum vollendeten 21. Lebensjahr **zu 100 %**
- Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige kieferorthopädische Leistungen. Hierzu zählen unter anderem Brackets aller Art, Bögen und unsichtbare Zahnschienen wie Invisalign.
- d) Aufbissbehelfe und Schienen (aller Art)**
- ab dem vollendeten 21. Lebensjahr **zu 90 %**
bis zum vollendeten 21. Lebensjahr **zu 100 %**
- e) Gnathologische Leistungen (Funktionsanalyse und -therapie)**
- Erstattungsfähig sind Aufwendungen für gnathologische Leistungen.
- ab dem vollendeten 21. Lebensjahr **zu 90 %**
bis zum vollendeten 21. Lebensjahr **zu 100 %**
- f) Bildgebende Verfahren und Anästhesieleistungen** **zu 100 %**
- Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige bildgebende Verfahren (z. B. Röntgen) und Anästhesieleistungen.

- g) Zahnbehandlung** **zu 100 %**
- Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnbehandlung. Hierzu zählen alle nach der GOZ berechenbaren medizinisch notwendigen zahnärztlichen Leistungen, die nicht Buchstabe A. 8. a) bis e) zuzuordnen sind, u. a. Wurzelbehandlungen, Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums, Kunststoff- und Kompositfüllungen, sowie die Versiegelung von Fissuren.
- h) Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien**
- ab dem vollendeten 21. Lebensjahr **zu 90 %**
bis zum vollendeten 21. Lebensjahr **zu 100 %**
- Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien in Verbindung mit den in Buchstabe A 8. a) bis g) beschriebenen zahnärztlichen Leistungen.
- i) Erstellung eines Heil- und Kostenplans** **zu 100%**
- Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Erstellung eines Heil- und Kostenplans, sofern dieser vor Beginn der Behandlung beim Versicherer eingereicht wird.
- j) Leistungsbegrenzungen und allgemeine Summenbegrenzung (Zahnstaffel)**
- Die erstattungsfähigen Aufwendungen für alle unter Buchstabe A. 8. b) bis i) genannten Aufwendungen sind summenmäßig begrenzt auf einen Erstattungsbetrag von insgesamt:
- a) **1.500 Euro** im ersten Versicherungsjahr,
 - b) **3.000 Euro** in den ersten beiden Versicherungsjahren,
 - c) **4.500 Euro** in den ersten drei Versicherungsjahren,
 - d) **6.000 Euro** in den ersten vier Versicherungsjahren.
- Ab dem fünften Versicherungsjahr leistet der Versicherer ohne summenmäßige Begrenzung. Bei Behandlungen, die aufgrund eines nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalls notwendig sind, finden die oben genannten Begrenzungen keine Anwendung.
- Besteht für die versicherte Person bis Versicherungsbeginn
- bei einem anderen deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmen eine Krankheitskostenvollversicherung mit einem tariflichen Erstattungssatz von mindestens 80 % für privat Zahnärztliche Zahnersatzmaßnahmen oder
 - eine Zusatzversicherung bei einem deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmen mit einem tariflichen Erstattungsprozentsatz für Zahnersatzleistungen von mindestens 80 % inklusive Vorleistung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung,
- gilt in Abhängigkeit von einer nachgewiesenen ununterbrochenen Dauer dieser Versicherung von mindestens 12 Monaten (Vorversicherungszeit) folgende abweichende allgemeine Summenbegrenzung.
- Bei einer Vorversicherungszeit von:
- mindestens 12 Monaten gilt nur die allgemeine Summenbegrenzung gemäß Buchstaben a) bis c)
 - mindestens 24 Monaten gilt nur die allgemeine Summenbegrenzung gemäß Buchstaben a) und b)
 - mindestens 36 Monaten gilt nur die allgemeine Summenbegrenzung gemäß Buchstabe a)
 - mindestens 48 Monaten entfällt die allgemeine Summenbegrenzung.

Bei Behandlungen, die aufgrund eines nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalls notwendig sind, finden die oben genannten Begrenzungen keine Anwendung.

Bei Tarifwechsel aus einem anderen Krankheitskostenvollversicherungstarif des Münchener Verein in den Tarif Premium werden die im vorigen Tarif zurückgelegte Versicherungszeit und die dort erbrachten Versicherungsleistungen für zahnärztliche Leistungen auf die Zahnstaffel des Tarifs Premium angerechnet.

9. Sonstige Leistungen

a) Digitale Gesundheitsanwendungen zu 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 4 Teil II Ziffer 15 AVB/KK 2026.

b) Präventionskurse zu 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Präventionskurse die nach § 20 SGB V (s. Anhang) zertifiziert sind, maximal jedoch 250 Euro pro Versicherungsjahr. Voraussetzung für die Erstattung ist der Nachweis über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten eines Präventionskurses.

c) Schulungen für chronisch Kranke zu 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Teilnahme an einer Schulung bei schweren chronischen Erkrankungen nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V (s. Anhang). Schwere chronische Erkrankungen sind z. B. Diabetes, Asthma, Neurodermitis, Krebs oder koronare Herzerkrankungen. Voraussetzung für die Erstattung ist der Nachweis über die Teilnahme an der Schulung.

d) Haushaltshilfen aufgrund Erkrankungen oder Schwangerschaft zu 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Haushaltshilfen, wenn die versicherte Person aus einem der nachfolgenden Gründe nicht in der Lage ist, den Haushalt weiterzuführen und keine andere im selben Haushalt lebende Person diesen weiterführen kann:

- Die versicherte Person ist schwanger oder hat entbunden.
- Die versicherte Person befindet sich in einer medizinisch notwendigen stationären Maßnahme für die der Versicherer oder ein gesetzlicher Rehabilitationsträger leistungspflichtig ist. Voraussetzung dafür ist, dass im Haushalt der versicherten Person mindestens ein Kind lebt, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Die Leistung ist auf 28 Tage je Versicherungsjahr begrenzt.
- Die versicherte Person ist nicht pflegebedürftig im Sinne des elften Sozialgesetzbuches, aber schwer erkrankt und befindet sich weder in einer stationären Maßnahme noch ist eine häusliche Behandlungspflege notwendig. Dies kann insbesondere nach einer stationären Maßnahme, nach einer ambulanten Operation oder ambulanten Krankenhausbehandlung der Fall sein. Die Leistung ist auf 28 Tage je Versicherungsjahr begrenzt.
- Die versicherte Person ist schwer erkrankt aber befindet sich nicht in einer stationären Maßnahme. Dies kann insbesondere nach einer stationären Maßnahme, nach einer ambulanten Operation oder ambulanten Krankenhausbehandlung der Fall sein. Darüber hinaus lebt im Haushalt der versicherten Person mindestens ein Kind, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Die Leistung ist auf 182 Tage je Versicherungsjahr begrenzt.

Erstattungsfähig sind bis zu 15 Euro pro Stunde, maximal 120 Euro pro Tag.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Haushaltshilfen, die bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert mit der versicherten Person sind.

- e) Bergungskosten** **zu 100%**
- Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Bergung einer verunfallten versicherten Person durch einen Rettungsdienst in Höhe von maximal 3.000 EUR je Versicherungsfall.
- f) Rücktransport aus dem Ausland** **zu 100%**
- Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den medizinisch sinnvollen Rücktransport aus dem Ausland an den Ort des gewöhnlichen Aufenthalts vor Beginn der Auslandsreise oder ein Krankenhaus in dessen Nähe. Der Rücktransport gilt als medizinisch sinnvoll, wenn beim Verbleib am ausländischen Ort bzw. einem Verbleib in einem Krankenhaus in dessen Umgebung mit einer schlechteren medizinischen Versorgung zu rechnen ist und insoweit eine Gesundheitsschädigung zu befürchten wäre, die durch den Rücktransport vermieden werden kann. Es besteht Anspruch auf das kostengünstigste Verkehrsmittel, das in Anbetracht des Gesundheitszustands der versicherten Person gewählt werden kann.
- Voraussetzung zur Erstattungsfähigkeit ist, dass der Versicherer mit der Organisation des Rücktransportes beauftragt wird. Der Versicherer verpflichtet sich in diesem Fall dazu, dass sich ein im Namen des Versicherers beauftragter Arzt unverzüglich mit einem der behandelnden Ärzte im Ausland in Verbindung setzt. Sollte hierbei die übereinstimmende ärztliche Einschätzung bestehen, dass die Aufenthaltsdauer im ausländischen Krankenhaus voraussichtlich länger als 14 Tage betragen wird – gerechnet ab dem Zeitpunkt der ärztlichen Übereinkunft - gilt ein Rücktransport ebenfalls als medizinisch sinnvoll.
- Ist die zurückzutransportierende versicherte Person minderjährig, oder ist für den Krankenrücktransport eine Begleitperson ärztlich angeraten oder aus Rechtsgründen erforderlich, sind auch die Reisekosten für eine erwachsene Begleitperson erstattungsfähig. Sollte die erwachsene Begleitperson hierzu zum ausländischen Ort anreisen müssen, so ist das kostengünstigste Transportmittel zu wählen. Beim Rücktransport selbst hat die Begleitperson Anspruch auf dieselbe Beförderungsklasse wie die zu begleitende Person.
- g) Überführung aus dem Ausland** **zu 100%**
- Erstattungsfähig sind im Todesfall im Ausland die Aufwendungen für die Überführung des Leichnams an einen Ort nach Wahl in Deutschland oder in das Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person, sofern dieses Land ein anderes als das Sterbeland ist. Erstattungsfähig für eine Überführung sind maximal 10.000 Euro.
- h) Pauschale zur Kinderbetreuung**
- Erkrankt ein nach Tarif Premium versichertes Kind, wird für das Kind eine Betreuungspauschale in Höhe von 100 EUR pro Tag, maximal für 10 Tage im Kalenderjahr, gezahlt. Voraussetzung dafür ist, dass
- das Kind das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist und das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
 - ein Elternteil ebenfalls nach diesem Tarif versichert und erwerbstätig ist und aufgrund der Betreuung des erkrankten Kindes seiner Erwerbstätigkeit nicht nachgehen kann und
 - ein Arzt das Erfordernis auf Betreuung des erkrankten Kindes aus medizinischen Gründen bescheinigt und
 - keine andere im Haushalt lebende Person das Kind betreuen kann.

10. Absoluter jährlicher Selbstbehalt

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Buchstabe A. 1 bis A. 9 werden nach Abzug eines Selbstbehaltes erstattet. Ohne Abzug eines Selbstbehaltes werden erstattungsfähige Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte gemäß Anhang 1, Präventionskurse gemäß Buchstabe A 9. b), Zahnprophylaxe gemäß Anhang 2 und Schutzimpfungen gemäß Anhang 3 bis insgesamt 750 Euro pro Kalenderjahr.

Der Selbstbehalt gilt pro Versicherungsjahr. Er beträgt

- **0 Euro** in Tarifstufe Premium SB 0,
- **500 Euro** in Tarifstufe Premium SB 500,
- **1.000 Euro** in Tarifstufe Premium SB 1.000.

Für versicherte Kinder und Jugendliche gemäß § 8 a Teil II Nummer 1 AVB/KK 2026 gilt der hälftige Betrag.

Ein Wechsel in eine Tarifstufe mit niedrigerem Selbstbehalt ist ohne erneute Risikoprüfung zum 01.01. eines Jahres möglich, sofern der Antrag bis spätestens zum 31.12. des Vorjahres vorliegt.

11. Pauschalerstattung bei Leistungsfreiheit in Tarifstufe Premium SB 0

Für eine durchgängig in einem Versicherungsjahr nach Tarif Premium SB 0 versicherte Person, die für das Versicherungsjahr keine Leistungen oder nur Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte gemäß Anhang 1, Präventionskurse gemäß Buchstabe A. 9. b), Zahnprophylaxe gemäß Anhang 2 und Schutzimpfungen gemäß Anhang 3 bis insgesamt 750 Euro pro Kalenderjahr in Anspruch nimmt, erstattet der Versicherer einen Pauschalbetrag.

Die Höhe des Pauschalbetrages beträgt 1.000 Euro für erwachsene versicherte Personen ab Alter 21. Für Kinder und Jugendliche bis Alter 20 wird der hälftige Pauschalbetrag erstattet.

Für das erste Versicherungsjahr reduziert sich die Pauschalerstattung jeweils um ein Zwölftel für jeden nicht versicherten Monat des Kalenderjahres.

Weitere Voraussetzungen für den Anspruch der versicherten Person auf den Pauschalbetrag sind:

- für das abgelaufene Versicherungsjahr alle Beitragsraten oder der Jahresbeitrag für den ganzen Vertrag rechtzeitig und ohne Verzug bezahlt wurden und der Versicherungsschutz für alle zwölf Monate bestand bzw. im ersten Versicherungsjahr alle vertraglich festgelegten Beitragsraten rechtzeitig und ohne Verzug bezahlt wurden
- im Versicherungsjahr bestand keine Beitragsfreiheit für einen oder mehrere Monate gemäß Buchstabe C.1.
- die versicherte Person hat mindestens bis zum 30.06. des darauffolgenden Versicherungsjahres durchgängig Versicherungsschutz nach Tarif Premium SB 0, es sei denn die versicherte Person verstirbt oder kraft Gesetzes versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. einen Anspruch auf Familienversicherung erlangt und die Versicherung nach Tarif Premium SB 0 musste beendet werden.

Die Auszahlung des Pauschalbetrages erfolgt im zweiten Halbjahr des darauffolgenden Versicherungsjahres. Versicherungsleistungen (nicht Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte gemäß Anhang 1, Präventionskurse gemäß Buchstabe A. 9. b), Zahnprophylaxe gemäß Anhang 2 und Schutzimpfungen gemäß Anhang 3 bis insgesamt 750 Euro pro Kalenderjahr), die für das betreffende Kalenderjahr beim Versicherer eingereicht werden, nachdem der Versicherer die Auszahlung des Pauschalbetrages für die versicherte Person veranlasst hat, werden mit dem ausgezahlten Pauschalbetrag verrechnet.

B. Sonderbedingungen für Schüler, Studenten und andere Personen, die sich in einer Berufsausbildung befinden

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen

- a) ab dem 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden, bis zum Ablauf des Kalendermonats, in dem sie das 39. Lebensjahr vollenden, und
- b) die weder versicherungspflichtig in der GKV sind noch ein Einkommen oberhalb der gültigen Jahresarbeitsentgeltgrenze erzielen, und
- c) die sich in einer schulischen, studentischen oder anderen Berufsausbildung befinden. Dies umfasst auch Zeiten einer berufspraktischen Tätigkeit, die im Rahmen einer Berufsausbildung vorgesehen sind.

Der Versicherungspflicht in der GKV steht der Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich. Die Voraussetzung zur Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer auf dessen Verlangen jederzeit nachzuweisen.

Wird die Ausbildung unterbrochen oder endet sie, besteht für maximal weitere sechs Monate Versicherungsfähigkeit fort, so lange die Voraussetzungen zur Versicherungsfähigkeit gemäß Buchstaben a) und b) weiterhin erfüllt bleiben.

2. Beantragung der Sonderbedingungen

Die Versicherung zu Sonderbedingungen muss vom Versicherungsnehmer beantragt werden. Eine rückwirkende Beantragung für bis zu 3 Monate ist möglich, wenn die versicherte Person schon im entsprechenden Zeitraum vor Beantragung im Tarif Premium versichert war und Versicherungsfähigkeit nach diesen Sonderbedingungen bestanden hat.

Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beantragung der Sonderbedingungen bereits nach Tarif Premium versichert, erfolgt bei Vorliegen der Voraussetzungen die Versicherung zu den Sonderbedingungen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten. Es ist der Beitrag gemäß dem dann gültigen Eintrittsalter zu zahlen. Eventuell bisher im Tarif Premium vereinbarte Erschwernisse (Beitragszuschlag, Leistungsausschluss) werden entsprechend übernommen.

3. Beitrag, maximale Dauer und erneute Versicherung der Sonderbedingungen

Für diese Sonderbedingungen werden planmäßig steigende Beiträge kalkuliert, das heißt Alterungsrückstellungen werden abweichend von § 8 a Teil II Ziffer 2 AVB/KK 2026 nicht gebildet. Die Sonderbedingungen enden spätestens nach 36 Monaten. Während dieser Versicherungszeit ändert sich der Beitrag der versicherten Person nicht wegen des Älterwerdens. § 8 b Teil II AVB/KK 2026 bleibt hiervon unberührt.

Besteht nach Ablauf der 36 Monate weiterhin Versicherungsfähigkeit zu diesen Sonderbedingungen, so können sie erneut gemäß Ziffer 2 beantragt werden.

4. Leistungen des Versicherers während der Versicherung zu Sonderbedingungen

Es gelten alle Bestimmungen gemäß Buchstabe A; bei der Pauschalerstattung bei Leistungsfreiheit in Tarif Premium SB 0 (siehe Buchstabe A. 11.) wird jedoch wie für Kinder und Jugendliche nur der hälftige tarifliche Betrag erstattet.

5. Wegfall der Versicherungsfähigkeit und Ende der Sonderbedingungen

Fällt die Versicherungsfähigkeit gemäß Ziffer 1 weg, enden die Sonderbedingungen mit Ablauf des Monats des Wegfalls. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall unverzüglich mitzuteilen, sofern die Versicherungsfähigkeit nicht wegen Erreichen der Altersgrenze wegfällt.

C. Ergänzende vertragliche Regelungen

1. Beitragsfreiheit in Elternzeit und bei Bezug von Elterngeld

Nach der Geburt eines Kindes - bzw. mehrerer Kinder bei Mehrlingsgeburten - kann auf Antrag des Versicherungsnehmers für ein im Tarif Premium versichertes Elternteil eine temporäre Beitragsbefreiung erfolgen. Soweit Rückstellungen fürs Alter für das versicherte Elternteil zu bilden sind, wirkt sich diese Beitragsbefreiung nicht zum Nachteil auf die Höhe der gebildeten Alterungsrückstellungen aus, d.h. nach Ende der Beitragsbefreiung bestehen die Alterungsrückstellungen in derselben Höhe fort, wie sie ohne die Beitragsbefreiung bestanden hätten. Die Beitragsbefreiung umfasst neben dem Tarifbeitrag im Tarif Premium auch einen eventuell zu zahlenden Risikozuschlag bzw. gesetzlichen Zuschlag, nicht aber den Beitrag, der für ggf. zusätzlich versicherte Besondere Bedingungen der Beitragsentlastung im Alter zu bezahlen ist.

Eine Beitragsbefreiung kann nur für volle Kalendermonate und im Voraus beantragt werden. Voraussetzung ist, dass das Elternteil in dem betreffenden Kalendermonat für mindestens einen Tag Elterngeld erhält oder mindestens einen Tag in Elternzeit ist. Der Bezug des Elterngeldes bzw. die Elternzeit sind dem Versicherer bei Antragsstellung nachzuweisen. Pro Geburt (auch Mehrlingsgeburt) besteht beim Versicherer das Anrecht auf maximal 6 Monate Beitragsbefreiung.

Die Beitragsbefreiung muss innerhalb der ersten 24 Monate nach der Geburt des Kindes in Anspruch genommen werden. Der gewählte Zeitraum der Befreiung muss am Stück genommen werden; eine Unterbrechung oder Aufteilung der Monate ist nicht möglich.

Eine Beitragsbefreiung kann nur erfolgen, sofern

- zum Zeitpunkt der Geburt für das versicherte Elternteil mindestens acht Monate Versicherungsschutz im Tarif Premium besteht und
- der Vertrag, in dem das versicherte Elternteil versichert ist, zum Zeitpunkt der Beantragung der Beitragsbefreiung keinen Beitragsrückstand aufweist.

In Zeiten, in denen für das versicherte Elternteil im Tarif Premium eine Anwartschaftsversicherung besteht, kann keine Beitragsbefreiung erfolgen.

2. Barausschüttung

Es gelten die Bestimmungen von § 8 Teil II Ziffer 3 AVB/KK 2026.

Leistungen für die nachfolgend aufgeführten Untersuchungen bzw. Behandlungen sowie sonstigen Leistungen haben jedoch keine Auswirkung bis insgesamt 750 Euro pro Kalenderjahr auf eine nach der genannten Bestimmung auszahlende Barausschüttung:

- Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte gemäß Anhang 1
- prophylaktische Leistungen gemäß Anhang 2.
- Schutzimpfungen gemäß Anhang 3
- Präventionskurse gemäß Buchstabe A. 9 b)

Ebenfalls keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Barausschüttung hat die Pauschalerstattung bei Leistungsfreiheit gemäß Buchstabe A. 11.

3. Leistungsanpassung

Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können im Fall einer Beitragsanpassung im Tarif BestensGesund Premium gemäß § 8 b Teil I Ziffer 1 bzw. § 8 b Teil II AVB 2026 auch betragsmäßig festgelegte Höchsterstattungsbeträge, zusätzliche ersatzweise Krankenhaustagegelder und die Pauschalerstattung gemäß Ziffer A. 11. mit Zustimmung des Treuhänders erhöht werden.

4. Innovationsgarantie

Damit der Versicherungsschutz im Interesse des Versicherungsnehmers möglichst zeitnah an neue medizinisch anerkannte Heilbehandlungsmethoden angepasst werden kann, prüft der Münchener Verein, ob eine Erweiterung der in Abschnitt A dieser Bedingungen aufgeführten tariflichen Leistungen im Sinne des § 18 Teil I Ziffer 1 AVB/KK 2026 möglich und zur Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich ist.

D. Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Anhang 1 Vorsorgeuntersuchungen, die nicht auf den Selbstbehalt gemäß Buchstabe A. 10. und die Pauschalerstattung bei Leistungsfreiheit gemäß Buchstabe A. 11. angerechnet werden

Die Nichtanrechnung auf den Selbstbehalt (Buchstabe A. 10.), auf die Pauschalerstattung bei Leistungsfreiheit (Buchstabe A. 11.) sowie auf die erfolgsabhängige Barausschüttung (Buchstabe C. 2.) gilt nur insoweit, wie die folgenden Vorsorgeuntersuchungen abgerechnet werden, nicht aber für sich hieran ggf. anschließende weitere Diagnostik bzw. Behandlung.

Spezielle Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der gesetzlichen Kindervorsorgeprogramme

Erweitertes Neugeborenen-Screening

- Blutentnahme beim Kind
- TSH-Bestimmung (Schilddrüse)
- 17-Alpha-Hydroxyprogesteron (Hormonbestimmung)
- Biotinidase
- Galaktose (Enzymbestimmung)
- Carnitin
- Massenspektrometrie
- Tyrosinämie Typ I

Chlamydien-Screening (einmal jährlich)

Mammografie-Screening (einmal jährlich)

- Aufklärungsgespräch
- Konsiliarische Erörterung
- Mammografie-Screening je Seite, in zwei Ebenen

Hautkrebsfrüherkennung (einmal jährlich)

- Beratung
- Untersuchung, Hautorgan
- Dermatoskopie

Darmkrebsfrüherkennung (ab Alter 50, Darmspiegelung in mindestens 5-jährigem Abstand)

- Beratung
- Untersuchung auf verborgenes Blut im Stuhl
- Darmspiegelung zur Darmkrebsfrüherkennung
- Injektion zur Sedierung einschließlich Sachkosten

Osteoporose-Vorsorge (ab Alter 50, einmal jährlich)

- Osteodensitometrie
- Ultraschalluntersuchung

Mukoviszidose-Screening

Hüftscreening

Hörscreening

Pulsoxymetrie-Screening zur Erkennung kritischer angeborener Herzfehler

Kindervorsorge/ Jugendvorsorge

- Neugeborenen-Erstuntersuchung und Beratung (U1)
- Untersuchung (U2-U9, U10) und Jugendgesundheitsuntersuchung (J1)

Schwangerschaftsvorsorge

- Erstuntersuchung
- Weitere Verlaufsuntersuchungen
- Ultraschalluntersuchung
- Glukosetoleranztest, oral
- Harnstreifentest
- Blutentnahme
- Bestimmung von Blutgruppenmerkmalen
- Hämoglobinbestimmung
- Blutbild
- Nachweis und Bestimmung von Antikörpern
- HIV-Test
- Chlamydien-Screening

Krebsvorsorge (für Frauen ab Alter 20, einmal jährlich)

- Untersuchung und Beratung einer Frau zur Krebsvorsorge
- Kolposkopie
- Zytologische Untersuchung bei Frauen oder Dünnschichtzytologie
- HPV-Test
- Blutentnahme
- Blutsenkung
- Blutbild
- Ultraschalluntersuchung einer Brust mit zugehörigem axillärem Lymphstromgebiet
- Ultraschalluntersuchung der anderen Brust
- Ultraschalluntersuchung der Axilla der Gegenseite

Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ab Alter 35, einmal jährlich)

- Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
- Blutentnahme
- EKG
- Blutzuckerbestimmung (Glukose)
- Bestimmung der Blutfettwerte (Cholesterin)
- HDL-Cholesterin
- LDL-Cholesterin
- Triglyzeride
- Bestimmung der Harnsäure

Früherkennung von Nierenerkrankungen (ab Alter 35, einmal jährlich)

- Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
- Harnstreifentest oder
- Bestimmung der Laborwerte (Urinsediment) / Harnsäure
- Blutentnahme
- Kreatinin
- Ultraschalluntersuchung der Niere(n)

Krebsvorsorge (für Männer ab Alter 45, einmal jährlich)

- Untersuchung und Beratung eines Mannes zur Krebsvorsorge
- Blutentnahme
- Blutsenkung
- Blutbild
- PSA-Wert-Bestimmung

Früherkennung von krankhaften Erweiterungen der Bauchschlagader (für Männer ab Alter 65, einmalig)

- Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
- Ultraschalluntersuchung der Bauchaorta

Anhang 2 Zahnprophylaxe, die nicht auf den Selbstbehalt gemäß Buchstabe A. 10. und die Pauschalerstattung bei Leistungsfreiheit gemäß Buchstabe A. 11. angerechnet werden

Die Nichtanrechnung auf den Selbstbehalt (Buchstabe A. 10.), auf die Pauschalerstattung bei Leistungsfreiheit (Buchstabe A. 11.) sowie auf die erfolgsabhängige Barausschüttung (Buchstabe C. 2.) gilt für vom Zahnarzt verantwortete bzw. durchgeführte und wie folgt in Rechnung gestellte Zahnprophylaxe:

- Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefunds sowie Aufzeichnung des Befunds
- Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen
- Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Unterweisung
- Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung, mit Lack oder Gel, je Sitzung
- Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger, je Kiefer
- Professionelle Zahnreinigung
- Beratung, auch telefonisch

Anhang 3 Schutzimpfungen, die nicht auf den Selbstbehalt gemäß Buchstabe A. 10. und auf die Pauschalerstattung bei Leistungsfreiheit gemäß Buchstabe A. 11. angerechnet werden

- Intramuskuläre oder subkutane Schutzimpfung, einschließlich Eintragung in den Impfpass, Beratung
- Orale Schutzimpfung, einschließlich beratendem Gespräch
- Zusatzinjektion bei Parallelimpfung
- Simultanimpfung (gleichzeitig passive und aktive Impfung gegen Wundstarrkrampf) einschließlich der Impfstoffkosten

Anhang

Auszug aus dem fünften Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 20 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

- (1) Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen und kind- und jugendspezifische Belange berücksichtigen. Die Krankenkasse legt dabei die Handlungsfelder und Kriterien nach Absatz 2 zugrunde.
- (2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Einbeziehung unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, psychotherapeutischen, psychologischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Sachverständigen sowie des Sachverständigen der Menschen mit Behinderung einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Absatz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele. Er bestimmt außerdem die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen, um insbesondere die einheitliche Qualität von Leistungen nach Absatz 4 Nummer 1 und 3 sicherzustellen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt sicher, dass seine Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 sowie eine Übersicht der nach Satz 2 zertifizierten Leistungen der Krankenkassen auf seiner Internetseite veröffentlicht werden. Die Krankenkassen erteilen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen hierfür sowie für den nach § 20d Absatz 2 Nummer 2 zu erstellenden Bericht die erforderlichen Auskünfte und übermitteln ihm nicht versichertenbezogen die erforderlichen Daten.
- (3) Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die folgenden Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention:
 1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln,
 2. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen,
 3. Tabakkonsum reduzieren,
 4. gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung,
 5. gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken,
 6. depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln,
 7. gesund älter werden und
 8. Alkoholkonsum reduzieren.

Bei der Berücksichtigung des in Satz 1 Nummer 1 genannten Ziels werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 21. März 2005 (BAnz. S. 5304) festgelegt sind. Bei der Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 2, 3 und 8 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 27. April 2015 (BAnz. AT 19.05.2015 B3) festgelegt sind. Bei der Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 4 bis 7 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 26. Februar 2013 (BAnz. AT 26.03.2013 B3) festgelegt sind. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berücksichtigt auch die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie nach § 20a Absatz 2 Nummer 1 des Arbeitsschutzgesetzes entwickelten Arbeitsschutzziele.

- (4) Leistungen nach Absatz 1 werden erbracht als
 1. Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 5,
 2. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach § 20a und
 3. Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b.

- (5) Die Krankenkasse kann eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 4 Nummer 1 erbringen, wenn diese nach Absatz 2 Satz 2 von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen zertifiziert ist. Bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigen die Krankenkassen
1. eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2 oder § 26 Absatz 1 Satz 3,
 2. eine Präventionsempfehlung nach § 5 Absatz 1a Satz 3 Nummer 2 und Satz 5 und 6 des Elften Buches oder § 18b Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches oder
 3. eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung schriftlich abgegebene Empfehlung.

Die Krankenkasse darf die sich aus der Präventionsempfehlung ergebenden personenbezogenen Daten nur mit schriftlicher oder elektronischer Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher oder elektronischer Information des Versicherten verarbeiten. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach dieser Vorschrift an andere Krankenkassen, deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften übertragen. Für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, die die Krankenkasse wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände wohnortfern erbringt, gilt § 23 Absatz 2 Satz 2 entsprechend.

- (6) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c sollen ab dem Jahr 2019 insgesamt für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 7,52 Euro umfassen. Von diesem Betrag wenden die Krankenkassen für jeden ihrer Versicherten mindestens 2,15 Euro für Leistungen nach § 20a und mindestens 3,15 Euro für Leistungen nach § 20b auf. Von dem Betrag für Leistungen nach § 20b wenden die Krankenkassen für Leistungen nach § 20b, die in Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und in Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches erbracht werden, für jeden ihrer Versicherten mindestens 1 Euro auf. Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Betrag nach Satz 2 für Leistungen nach § 20a, so stellt die Krankenkasse diese nicht ausgegebenen Mittel im Folgejahr zusätzlich für Leistungen nach § 20a zur Verfügung. Die Ausgaben nach den Sätzen 1 bis 3 sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen. Unbeschadet der Verpflichtung nach Absatz 1 müssen die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c im Jahr 2020 nicht den in den Sätzen 1 bis 3 genannten Beträgen entsprechen. Im Jahr 2019 nicht ausgegebene Mittel für Leistungen nach § 20a hat die Krankenkasse nicht im Jahr 2020 für zusätzliche Leistungen nach § 20a zur Verfügung zu stellen.

§ 43 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

- (1) Die Krankenkasse kann neben den Leistungen, die nach § 64 Abs. 1 Nr. 2 bis 6 sowie nach §§ 73 und 74 des Neunten Buches als ergänzende Leistungen zu erbringen sind,
1. solche Leistungen zur Rehabilitation ganz oder teilweise erbringen oder fördern, die unter Berücksichtigung von Art oder Schwere der Behinderung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern, aber nicht zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder den Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung gehören,
 2. wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke erbringen; Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist,

wenn zuletzt die Krankenkasse Krankenbehandlung geleistet hat oder leistet.

Auszug aus dem elften Sozialgesetzbuch (SGB XI)

§ 42 Kurzzeitpflege

- (1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:
 1. für eine Übergangszeit im Anschluß an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
 2. in sonstigen Krisensituationen oder anderen Situationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.
- (2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege pro Kalenderjahr höchstens bis zu einem Betrag in Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a.
- (3) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. § 34 Abs. 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Sind in dem Entgelt für die Einrichtung Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Aufwendungen für Investitionen enthalten, ohne gesondert ausgewiesen zu sein, so sind 60 vom Hundert des Entgelts zuschussfähig. In begründeten Einzelfällen kann die Pflegekasse in Ansehung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie der Aufwendungen für Investitionen davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

§ 42a Gemeinsamer Jahresbetrag

- (1) Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 haben Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege nach Maßgabe des § 39 sowie Leistungen der Kurzzeitpflege nach Maßgabe des § 42 in Höhe eines Gesamtleistungsbetrages von insgesamt bis zu 3 539 Euro je Kalenderjahr (Gemeinsamer Jahresbetrag).
- (2) Werden Leistungen der Verhinderungspflege durch Pflegeeinrichtungen erbracht, haben diese der Pflegekasse des Pflegebedürftigen die Leistungserbringung und deren Umfang spätestens bis zum Ende des auf den Monat der Leistungserbringung folgenden Kalendermonats anzuzeigen. Die Anzeige gilt als erfolgt, wenn die zur Kostenerstattung im Rahmen der Verhinderungspflege erforderlichen Nachweise und Unterlagen innerhalb dieses Zeitraums bei der Pflegekasse eingereicht worden sind und die Pflegeeinrichtung hierüber nachweisbar sichere Kenntnis hat. Werden Leistungen der Kurzzeitpflege erbracht und wird deren Abrechnung gegenüber der Pflegekasse des Pflegebedürftigen nicht bis zum Ende des auf den Monat der Leistungserbringung folgenden Kalendermonats vorgenommen, ist durch den Leistungserbringer bis zum Ablauf dieses Zeitraums die Leistungserbringung und deren Umfang gegenüber der Pflegekasse anzuzeigen.
- (3) Erbringen Pflegeeinrichtungen Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege oder der Kurzzeitpflege, haben die Pflegeeinrichtungen den Pflegebedürftigen im Anschluss an die Leistungserbringung unverzüglich eine schriftliche Übersicht über die dafür angefallenen Aufwendungen zu übermitteln oder auszuhändigen; auf der Übersicht ist deutlich erkennbar auszuweisen, welcher Betrag davon zur Abrechnung über den Gemeinsamen Jahresbetrag vorgesehen ist. Die Übersicht kann mit Zustimmung des Pflegebedürftigen auch in Textform übermittelt werden. Sofern es sich bei den Leistungserbringenden nicht um natürliche Personen handelt, finden die Sätze 1 und 2 auf andere Erbringer von Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege oder der Kurzzeitpflege entsprechende Anwendung.

§ 43 Inhalt der Leistung

- (1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen.
- (2) Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch beträgt je Kalendermonat
 1. 770 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,

2. 1 262 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. 1 775 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
4. 2 005 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

Abweichend von Satz 1 übernimmt die Pflegekasse auch Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, soweit der nach Satz 2 gewährte Leistungsbetrag die in Satz 1 genannten Aufwendungen übersteigt.

- (3) Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie für die in Absatz 2 Satz 1 genannten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich.
- (4) Bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim werden die Leistungen für vollstationäre Pflege erbracht, solange die Voraussetzungen des § 87a Abs. 1 Satz 5 und 6 vorliegen.

§ 73 Abschluß von Versorgungsverträgen

- (1) Der Versorgungsvertrag ist schriftlich abzuschließen.
- (2) Gegen die Ablehnung eines Versorgungsvertrages durch die Landesverbände der Pflegekassen ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.
- (3) Mit Pflegeeinrichtungen, die vor dem 1. Januar 1995 ambulante Pflege, teilstationäre Pflege oder Kurzzeitpflege auf Grund von Vereinbarungen mit Sozialleistungsträgern erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag als abgeschlossen. Satz 1 gilt nicht, wenn die Pflegeeinrichtung die Anforderungen nach § 72 Abs. 3 Satz 1 nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Pflegekassen dies im Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe (§ 72 Abs. 2 Satz 1) bis zum 30. Juni 1995 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen. Satz 1 gilt auch dann nicht, wenn die Pflegeeinrichtung die Anforderungen nach § 72 Abs. 3 Satz 1 offensichtlich nicht erfüllt. Die Pflegeeinrichtung hat bis spätestens zum 31. März 1995 die Voraussetzungen für den Bestandschutz nach den Sätzen 1 und 2 durch Vorlage von Vereinbarungen mit Sozialleistungsträgern sowie geeigneter Unterlagen zur Prüfung und Beurteilung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit gegenüber einem Landesverband der Pflegekassen nachzuweisen. Der Versorgungsvertrag bleibt wirksam, bis er durch einen neuen Versorgungsvertrag abgelöst oder gemäß § 74 gekündigt wird.
- (4) Für vollstationäre Pflegeeinrichtungen gilt Absatz 3 entsprechend mit der Maßgabe, daß der für die Vorlage der Unterlagen nach Satz 3 maßgebliche Zeitpunkt der 30. September 1995 und der Stichtag nach Satz 2 der 30. Juni 1996 ist.

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über den Versicherungsschutz im Tarif BestensGesund. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten zum Krankenversicherungsvertrag finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2026 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2026) und den Bedingungen des Tarifs BestensGesund (Tarifstufen 895, 896, 897), dem Antrag auf Abschluss der Krankheitskostenvollversicherung und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle diese Unterlagen durch und gehen Sie bitte bei Fragen auf den Sie betreuenden Außendienstpartner zu.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Private Krankheitskostenvollversicherung, die den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzt und die gesetzliche Pflicht zur Versicherung erfüllt. Diese sichert Sie gegen das Krankheitskostenrisiko ab.



Was ist versichert?

- ✓ 100 % ambulante ärztliche Leistungen
- ✓ 100 % Arznei- und Verbandmittel
- ✓ 100 % psychotherapeutische Behandlung
- ✓ 100 % Hilfsmittel
- ✓ 100 % Heilpraktikerleistungen bis zu 2.000 EUR bis zu den Höchstbeiträgen des GebüH pro Versicherungsjahr
- ✓ 100 % Heilmittel
- ✓ 100 % Sehhilfen bis zu 600 EUR pro Versicherungsjahr
- ✓ 100 % operative Sehschärfenkorrekturen bis zu 5.000 EUR innerhalb von 60 Monaten
- ✓ 100 % für Vorsorgeuntersuchungen zur gezielten Erkennung einer bestimmten Krankheit
- ✓ 100 % für stationäre Behandlung (freie Krankenhauswahl, Ein- oder Zweibettzimmer mit Wahl-/ Belegarzt)
- ✓ 100 % Zahnbehandlung, Prophylaxe
- ✓ 90 % Zahnersatz (bis zum vollendeten 21. Lebensjahr 100%)
- ✓ 90 % Kieferorthopädie (bis zum vollendeten 21. Lebensjahr 100 %)
- ✓ Keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte/ Zahnärzte
- ✓ Beitragsbefreiung während des Bezugs von Elterngeld oder bei Elternzeit, längstens jedoch für sechs Monate.
- ✓ Pauschalersatzung bei Leistungsfreiheit in Höhe von 1.000 EUR in Tarifstufe 895 für Erwachsene. Häufig für Kinder und Jugendliche.



Was ist nicht versichert?

Im Interesse aller Versicherten müssen wir bestimmte Leistungen vom Versicherungsschutz ausnehmen bzw. eine Erstattung von bestimmten Voraussetzungen abhängig machen:

- ✗ auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle, einschließlich deren Folgen

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (insbesondere § 5) und den Tarifbedingungen



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

! Pro Person und Versicherungsjahr haben Sie einen absoluten Selbstbehalt in Höhe von
Tarifstufe 896: 500 EUR p.a.
Tarifstufe 897: 1.000 EUR p.a.
Für Kinder und Jugendliche gilt der hälftige Betrag.

! Für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie ist die gesamte Erstattung pro Person im 1. Versicherungsjahr auf 1.500 EUR, in den ersten beiden Versicherungsjahren auf 3.000 EUR, in den ersten drei Versicherungsjahren auf 4.500 EUR und in den ersten 4 Versicherungsjahren auf 6.000 EUR begrenzt.

! Für Entwöhnungsmaßnahmen ist die Leistung begrenzt.

Für bestimmte Leistungen gelten weitere Höchstbeträge, die Sie in den Tarifbedingungen finden.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa und innerhalb der ersten sechs Monate eines Auslandsaufenthalts auch auf der ganzen Welt.
- ✓ Zur Verlängerung des Versicherungsschutzes ab dem siebten Monat eines Aufenthalts im außereuropäischen Ausland können Sie mit uns vor Beginn des siebten Monats eine gesonderte Vereinbarung schließen. Dabei können wir einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen, der bei dauerhafter Rückkehr nach Deutschland wieder entfällt.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Vor Vertragsschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie uns alle geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auf Verlangen müssen Sie uns während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Im Leistungsfall haben Sie nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- Sollten sich Ihre Kontaktdaten oder Ihre Bankverbindung ändern, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen.
- Wenn Sie eine weitere Krankenversicherung bei einem anderen Versicherer abschließen, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten. Der Jahresbeitrag kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden. Die monatlichen Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- Den ersten Beitrag müssen Sie, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.
- Verspätete Beitragszahlungen können zu einem Säumniszuschlag und Mahnkosten führen. Unter bestimmten Umständen können Beitragsrückstände dazu führen, dass Ihnen nur noch Aufwendungen für Behandlungen akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erstattet werden.
- Die Beiträge müssen Sie an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle entrichten. Sie können uns die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Versicherungsbeginn ist jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von zwei Jahren. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen.
- In beiden Fällen wird Ihre Kündigung nur wirksam, wenn Sie Ihrem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung, spätestens jedoch zu dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, nachweisen, dass Sie über einen anderweitigen Krankenversicherungsschutz verfügen, der sich nahtlos an die gekündigte Versicherung anschließt.
- Wenn Sie oder eine in Ihrem Vertrag versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig werden, können Sie den Vertrag binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht außerordentlich rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Wir können einen entsprechenden Nachweis über den Eintritt der Versicherungspflicht verlangen. Das Gleiche gilt, wenn Sie einen Anspruch auf Familienversicherung oder einen nicht nur vorübergehenden Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis erwerben.