

# Union Krankenversicherung

Aktiengesellschaft

## Tarif CompactPRIVAT - Optimal 250 / 600 / 1200

### Krankheitskostenvollversicherung

Stand: 01.07.2019, 332378(V462), 06.2019

Es gelten die AVB/VT - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

#### I. Versicherungsleistungen

##### 1. Ambulante Heilbehandlung

1.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten für

- a) ärztliche Behandlungen (Psychotherapie nach Ziffer I. 1.3 a), künstliche Befruchtung nach Ziffer I. 1.1 g)),
- b) gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten.
- c) Impfungen, die jeweils aktuell von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht empfohlen werden, einschließlich Impfstoff. Ausgenommen sind Impfungen aus Anlass einer Auslandsreise oder aus beruflichen Gründen.
- d) Hebammen und Entbindungspfleger bei ambulanter Entbindung,
- e) häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung). Die Maßnahme muss ärztlich verordnet sein und von Pflegefachkräften durchgeführt werden. Erstattungsfähig sind maximal die Gebühren, die in der Kranken- oder in der Pflegepflichtversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart sind. Leistungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung werden nur erstattet, wenn sie geeignet sind, eine stationäre Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen. Besteht hierfür eine Leistungspflicht der Pflegepflichtversicherung nach § 36 SGB XI, endet der Leistungsanspruch aus diesem Tarif.
- f) ambulante Palliativversorgung gemäß § 37 b Sozialgesetzbuch V, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen.
- g) künstliche Befruchtung.

Maßnahmen der assistierten Reproduktionsmedizin (künstliche Befruchtung) zur Erfüllung eines Kinderwunsches sind nur dann erstattungsfähig, wenn der Versicherer diese vor Behandlungsbeginn (d. h. vor Beginn der Hormonstimulation) schriftlich zugesagt hat. Ohne vorherige schriftliche Zusage besteht kein Erstattungsanspruch.

Eine schriftliche Zusage wird erteilt, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Es liegt eine organisch bedingte Sterilität der in diesem Tarif versicherten Person vor,
- nach Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit durch den Hausarzt oder den Gynäkologen bzw. Urologen wird vor Konsultation eines Reproduktionsmediziners mit dem Versicherer Kontakt aufgenommen,
- es wurde nicht bereits ein Kind durch künstliche Befruchtung gezeugt, für die der Versicherer Leistungen erbracht hat,
- die Frau hat das 40. Lebensjahr und der Mann das 50. Lebensjahr zu Beginn der Kinderwunschbehandlung noch nicht vollendet,
- es handelt sich um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung mit hinreichender Aussicht auf Erfolg (Erfolgswahrscheinlichkeit über 15 %) und
- die Behandlung ist nach deutschem Recht zulässig.

Erstattet werden unter den oben genannten Voraussetzungen höchstens

- 3 Inseminationen und
  - 3 In-vitro-Fertilisationen (IVF) oder 3 In-vitro-Fertilisationen / intrazytoplasmatische Spermieninjektionen (ICSI).
- h) sozialpädiatrische Behandlung im Sinne von § 119 SGB V sowie für Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der privaten oder der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen. Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.
- i) ärztlich verordnete sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen im Sinne von § 43 Absatz 2 und § 132c Absatz 2 SGB V bei chronisch Kranken oder schwerstkranken Kindern bzw. Jugendlichen
- j) die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfverordnung (Gebärdendolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.

1.2 Erstattungsfähig sind zu **90 %** die Kosten für Arznei- und Verbandmittel sowie Sondennahrung im Rahmen einer künstlichen Ernährung mittels Ernährungspumpe bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 3.000 Euro im Kalenderjahr, darüber hinaus zu **100 %**.

1.3 Erstattungsfähig sind zu **80 %** die Kosten für

- a) vom Arzt oder in eigener Praxis tätigen, nach dem Psychotherapeutengesetz anerkannten Psychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische und psychosomatische ambulante Behandlungen (GOÄ 845 bis 849 und 860 bis 864, 870, 871). Auf Verordnung dieser Leistungserbringer und nach vorheriger Zusage des Versicherers werden auch die Kosten für eine Soziotherapie im Sinne von § 37a und § 132b SGB V erstattet. Die Erstattung erfolgt im Rahmen der Höchstsätze der GOÄ bzw. bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.
- b) den Transport zur ambulanten Notfallbehandlung im Kranken-, Unfall- oder Rettungswagen sowie mit dem Rettungshubschrauber,
- c) Fahrten zur Dialysebehandlung, Chemotherapie oder Strahlentherapie; erstattet werden nachgewiesene Fahrtkosten, jedoch maximal bis zu einem Rechnungsbetrag von 30 Euro für Hin- und Rückfahrt insgesamt,
- d) Behandlungen durch Fachkräfte für physikalische Therapie, Ergotherapeuten und Logopäden, Podologen und medizinische Fußpfleger (gemäß PodG) nach dem tariflichen Heilmittelverzeichnis (siehe Anlage),
- e) Behandlungen durch einen Heilpraktiker.

1.4 Von der Schulmedizin abweichende Untersuchungs-, Behandlungsmethoden und Arzneimittel (Alternative Medizin), die zur Heilbehandlung angewendet werden, sind im Rahmen des Tarifes erstattungsfähig, wenn sich die Methoden und Arzneimittel in der Praxis Erfolg versprechend bewährt haben.

1.5 Ambulante Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort werden nur dann erstattet, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswortzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung benötigt.

§ 5 Teil II 1 e) AVB/VT gilt nicht.

##### 2. Hilfsmittel

2.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten für Brillengläser, -fassung und Kontaktlinsen bis zu insgesamt 200 Euro pro Kalenderjahr sowie für die Refraktionsbestimmung durch einen Optiker in der Höhe, die ein Augenarzt nach GOÄ berechnen könnte.

2.2 Erstattungsfähig sind zu **90 %** bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 3.000 Euro im Kalenderjahr, darüber hinaus zu **100 %**, die Kosten für

- Hörhilfen in angemessener Ausführung,
- Krankenfahrräder in angemessener Ausführung,
- Prothesen, Epithesen und Kunstaugen,
- Sprechhilfen,
- Miete einer Heimirie einschließlich der beim Betrieb anfallenden Materialkosten,
- Ernährungs-, Infusions- und Insulinpumpen,
- Absauggeräte, Blutzuckermessgeräte,
- Herz-, Atem- und Sauerstoffüberwachungsmonitore,
- Beatmungsgeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Geräte zur Sauerstoffversorgung,
- Inhalationsgeräte,
- Stehhilfen (= Stehständer, Bauchschrägliegebrett), Orthesen, Gehhilfen (= Krücken, Gehstock, Gehgestell), Gehwagen und Rollatoren,
- Gummistrümpfe, Schuheinlagen,
- ein Paar serienmäßig nicht herstellbare orthopädische Maßschuhe einmal im Kalenderjahr,

- Bandagen, soweit sie in einem orthopädischen Fachgeschäft bezogen wurden,
- Inkontinenzartikel, Stomaartikel und Hilfsmittel bei Tracheostoma.

Erstattet werden auch die Kosten für die Reparatur eines versicherten Hilfsmittels im Rahmen der tariflich vereinbarten Erstattungsgrenzen, maximal jedoch bis zum Preis für die Neuanschaffung des Hilfsmittels.

Nicht erstattungsfähig sind jedoch die Kosten für die Energieversorgung der versicherten Hilfsmittel (z. B. Stromkosten, Batterien).

### 2.3 Hilfsmittel-Management:

Wird eines der folgenden Hilfsmittel über das Hilfsmittel-Management des Versicherers bezogen, so sind die hierfür anfallenden Kosten zu **100 %** erstattungsfähig:

- Herz-, Atem- und Sauerstoffüberwachungsmonitore,
- Beatmungsgeräte inklusive Sauerstoffgeräte und Schlafapnoegeräte,
- Absauggeräte,
- Krankenfahrstühle.

### 3. Stationäre Krankenhausbehandlung

3.1 Bei einer medizinisch notwendigen Behandlung in einem nach den AVB/VT anerkannten Krankenhaus (mit Ausnahme von Kur-, Sanatoriums- oder Rehabilitationsbehandlungen, vergleiche jedoch Ziffer I. 4.) sind erstattungsfähig zu **100 %** die Kosten für

- a) allgemeine Krankenhausleistungen. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung berechneten Vergütungen sowie die vom Krankenhaus berechenbaren Kosten einer vor- und nachstationären Behandlung im Sinne von § 115a SGB V.

In Krankenhäusern, die nicht dem Geltungsbereich dieser Rechtsnormen unterliegen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Kosten in der preiswertesten Zimmerkategorie einschließlich ärztlicher Leistungen und Leistungen für Heilmittel im Rahmen des tariflichen Heilmittelverzeichnisses.

- b) Beleg- und Wahlärzte, (Beleg-) Hebammen sowie (Beleg-) Entbindungspfleger,
- c) Unterkunft im Zweibettzimmer.  
Bei Unterbringung in einem Einbettzimmer wird der Unterbringungszuschlag für das Zweibettzimmer erstattet.
- d) Entbindungen im Entbindungsheim bzw. Geburtshaus,
- e) ambulante Operationen im Krankenhaus,
- f) den medizinisch notwendigen Hin- und Rücktransport oder die medizinisch notwendige Verlegung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus im Kranken-, Unfall- oder Rettungswagen sowie mit dem Rettungshubschrauber,
- g) psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen von Ziffer I. 3.1 a), b) und c) bis zu 42 Behandlungstagen im Kalenderjahr, ab dem 43. Tag zu **50 %**,
- h) eine medizinisch notwendige Begleitung durch eine Bezugsperson (Vater, Mutter etc.) bei Unterbringung im Krankenhaus während der stationären Behandlung,
- i) voll- und teilstationäre Hospizversorgung in Hospizen, die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf Basis des § 39a SGB V verfügen. Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet.
- j) stationäre Kurzzeitpflege gem. § 42 SGB XI ohne Vorliegen eines Pflegegrades (Grund- und Behandlungspflege) im Anschluss an eine stationäre Behandlung, nach einer ambulanten Operation, bei akuter Verschlimmerung einer Erkrankung oder bei sonstigen Krisensituationen, in denen eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Unterbringung und Verpflegung. Die Erstattung aus diesem Tarif endet spätestens mit Beginn der Leistungspflicht der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung.
- k) den Spender einer Lebendorgan- oder Stammzellenspende, wenn der Empfänger der Spende in diesem Tarif versichert ist. Erstattungsfähig sind die Kosten (hierzu gehören auch Kosten für Komplikationen, die sich unmittelbar aus der Organspende ergeben) im tariflichen Umfang für die erforderliche
- ambulante Behandlung
  - stationäre Behandlung

Erstattungsfähig sind auch die Fahrt-, Transport- und Reisekosten, die unmittelbar mit der medizinischen Behandlung in Zusammenhang stehen.

Im Zuge einer Lebendorganspende werden darüber hinaus erstattet

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

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

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

3.2 Werden gleichzeitig die Unterkunft im zuschlagspflichtigen Zweibettzimmer und die wahlärztlichen Leistungen nach Ziffer I. 3.1 b) und c) nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld von 25 Euro erstattet. Kein Anspruch auf dieses Krankenhaustagegeld besteht bei Leistungen gemäß Ziffer I. 3.1 d) bis k).

### 4. Kur, Sanatoriums- und Rehabilitationsbehandlung

Bei einer ärztlich verordneten Kur-, Sanatoriums-, oder Rehabilitationsbehandlung werden die nachgewiesenen Arzt- und Kurmittelkosten mit bis zu 500 Euro einmalig in drei Kalenderjahren bezuschusst. Dabei wird zur Feststellung der erstattungsfähigen Kosten vom Beginn der Behandlung, für die Leistungen beantragt werden, zurückgerechnet.

### 5. Zahnbehandlung

- 5.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten für
- diagnostische und anästhetische Leistungen (ausgenommen implantologische Leistungen),
  - Heil- und Kostenpläne (auch für Zahnersatz und Kieferorthopädie),
  - prophylaktische Leistungen. Diese umfassen auch die professionelle Zahnreinigung.
  - chirurgische Leistungen (ausgenommen implantologische Leistungen),
  - Behandlungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
  - konservierende Leistungen einschließlich Gussfüllungen (Inlays) sowie die dazugehörigen zahntechnischen Laborarbeiten nach dem tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis (siehe Anlage), nicht jedoch Kronen.

5.2 Hinweis: Wir empfehlen Ihnen bei Gussfüllungen (Inlays) vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan zusammen mit einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors einzureichen. Wir prüfen den Heil- und Kostenplan und geben Ihnen über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

### 6. Zahnersatz

6.1 Die erstattungsfähigen Kosten für Zahnersatz werden bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.500 Euro zu **80 %**, darüber hinaus zu **65 %** je Kalenderjahr ersetzt.

Erstattungsfähig sind

- Kronen und Brücken (mit Verblendung bis zum Zahn 5),
- prothetische Leistungen,
- Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,

Erstattungsfähig sind auch die dazugehörigen zahntechnischen Laborarbeiten nach dem tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis (siehe Anlage).

6.2 In den ersten drei Kalenderjahren werden die erstattungsfähigen Kosten für Zahnersatz aus einem Rechnungsbetrag bis zu insgesamt 3.000 Euro ersetzt. Diese Begrenzung entfällt bei Unfall.

6.3 Hinweis: Wir empfehlen Ihnen, bei Zahnersatz vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan zusammen mit einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors einzureichen. Wir prüfen den Heil- und Kostenplan und geben Ihnen über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

### 7. Kieferorthopädie

7.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten für kieferorthopädische Leistungen bei einem Behandlungsbeginn vor Vollendung des 18. Lebensjahres sowie die dazugehörigen zahntechnischen Laborarbeiten nach dem tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis (siehe Anlage).

7.2 Hinweis: Wir empfehlen Ihnen, bei Kieferorthopädie vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan zusammen mit einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors einzureichen. Wir prüfen den Heil- und Kostenplan und geben Ihnen über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

## 8. Selbstbehalt

8.1 Von den tariflichen Versicherungsleistungen wird pro Person und Kalenderjahr ein absoluter Selbstbehalt von insgesamt  
250 Euro im Tarif CompactPRIVAT - Optimal 250  
600 Euro im Tarif CompactPRIVAT - Optimal 600  
1.200 Euro im Tarif CompactPRIVAT - Optimal 1200  
abgezogen.

Die Kosten werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Mittel bezogen wurden.

8.2 Beginnt die Versicherung nicht zum Beginn des Kalenderjahres, wird der Selbstbehalt für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat gemindert.

8.3 Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.

## II. Sonstige Tarifbedingungen

1. Arzt- und Zahnarztkosten sind nach den Grundsätzen der GOÄ und GOZ, Heilpraktikerkosten nach den Grundsätzen der GebÜH, Kosten für Hebammen und Entbindungspfleger nach den Grundsätzen der jeweils geltenden Hebammen-Gebührenverordnung, psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach den Grundsätzen der GOP bis zu den dort jeweils festgelegten Höchstätzen erstattungsfähig.

2. Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 Absatz 1 AVB/VT berechtigt, das Heilmittelverzeichnis, das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten sowie das Verzeichnis der über das Hilfsmittel-Management beziehbaren Hilfsmittel (siehe Ziffer I. 2.3) mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen. Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

3. Abweichend von § 4 Teil II Absatz 1 (2b) AVB/VT gilt Folgendes:  
Werden in einem Kalenderjahr lediglich Kosten für präventive ärztliche Untersuchungen (GOÄ 23 bis 29) und prophylaktische zahnärztliche Leistungen (GOZ 0010, 1000, 1010, 1020, 2000, 4050, 4055, 4060) erstattet, gelten die Voraussetzungen des § 4 Teil II Absatz 1 (2b) AVB/VT bezüglich des Anspruches auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung als erfüllt.

## 4. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

4.1 Versicherungsfähig nach dem Tarif CompactPRIVAT – Optimal sind berufstätige Personen, deren ausgeübter Beruf im Berufsgruppenverzeichnis (siehe Anlage) enthalten ist. Dabei ist der zeitlich überwiegend ausgeübte Beruf maßgebend. Mitversichert werden kann in diesem Tarif, zum Beitrag für die Berufsgruppe B, deren nicht berufstätige Ehegatten und nicht berufstätige Kinder.

4.2 Die Versicherungsfähigkeit einer berufstätigen versicherten Person endet, wenn sie ihre berufliche Tätigkeit aufgibt - außer wegen Rentenbezug, Bezug von Arbeitslosengeld oder Erziehung eigener Kinder - oder wenn sie eine Tätigkeit aufnimmt bzw. in eine wechselt, die nicht in dem Berufsgruppenverzeichnis enthalten ist. Mit Ende der Versicherungsfähigkeit wird die Versicherung in einen Tarif mit gleichartigen Leistungen übergeleitet. Diese Überleitung erfolgt ohne erneute Risikoprüfung, soweit der neue Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist.

Zusätzlich werden Materialkosten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte gesondert berechnungsfähig sind, tariflich erstattet.

4.3 Endet die Versicherung der berufstätigen Person im Tarif CompactPRIVAT – Optimal, so können nicht berufstätige mitversicherte Ehegatten und Kinder in diesem Tarif versichert bleiben.

4.4 Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit einer versicherten Person während der Vertragslaufzeit zwischen Berufsgruppe A und B richtet sich der Beitrag nach der jeweils zutreffenden Berufsgruppe.

4.5 Nimmt eine nicht berufstätige versicherte Person eine im Berufsgruppenverzeichnis (siehe Anlage) enthaltene Tätigkeit auf, so richtet sich der Beitrag nach der zutreffenden Berufsgruppe.

Nimmt sie eine anderweitige Tätigkeit auf, so wird die Versicherung in einen Tarif mit gleichartigen Leistungen übergeleitet. Diese Überleitung erfolgt ohne erneute Risikoprüfung, soweit der neue Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist.

4.6 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer das Ende der Versicherungsfähigkeit sowie den Wechsel, die Aufnahme oder Aufgabe der beruflichen Tätigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen.

## 5. Tarifkombinationen

Neben dem Tarif CompactPRIVAT – Optimal können beim Versicherer nur Krankheitskostenversicherungen geführt werden, die vom Versicherer ausdrücklich zur Ergänzung dieses Tarifs angeboten werden.

## III. Beiträge

1. Die vorstehende Leistungsbeschreibung ist in Verbindung mit den nach Berufsgruppe A und B getrennt kalkulierten Beiträgen jeweils ein Tarif.

2. Der tarifliche Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Geschlecht und Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 15. bzw. das 20. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.

Bei Änderungen des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 8 a AVB/VT.

**Diesem Tarif liegt das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten (Compact) zu Grunde.**

AVB/VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
GebÜH	Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOP	Gebührenordnung für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
PodG	Podologengesetz
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
SGB XI	Sozialgesetzbuch, Elftes Buch

## Berufsgruppenverzeichnis für die Tarife CompactPRIVAT - Start und CompactPRIVAT – Optimal

Die aufgelisteten Berufsgruppen entsprechen dem offiziellen Verzeichnis der Bundesagentur für Arbeit.

### Versicherbar sind nach Gruppe A

Schlüssel	Freiberufler, Gewerbetreibende
1	Landwirte
2	Tierzüchter, Fischereiberufe
3	Verwalter, Berater in der Landwirtschaft und Tierzucht
4	Landwirtschaftliche Arbeitskräfte, Tierpfleger
5	Gartenbauer
6	Forst- und Jagdberufe
10	Steinbearbeiter
11	Baustoffhersteller
12	Keramiker
13	Glasmacher
14	Chemiearbeiter (Ausnahme Kokereiarbeiter)
15	Kunststoffverarbeiter
16	Papierhersteller, -verarbeiter
17	Drucker
18	Holzaufbereiter, Holzwarenfertiger und verwandte Berufe
20	Former, Formgießer
21	Metallverformer (spanlos)
22	Metallverformer (spanend)
23	Metalloberflächenbearbeiter, -vergüter, -beschichter
24	Metallverbinder
26	Feinblechner, Installateure
27	Schlosser
28	Mechaniker
29	Werkzeugmacher
30	Metallfeinbauer und zugeordnete Berufe
31	Elektriker
32	Montierer und Metallberufe, a.n.g.
33	Spinnberufe
34	Textilhersteller
35	Textilverarbeiter
36	Textilveredler
37	Lederhersteller, Leder- und Fellverarbeiter
39	Back-, Konditorwarenhersteller
40	Fleisch-, Fischverarbeiter
41	Speisenbereiter
42	Getränke-, Genussmittelhersteller
43	Übrige Ernährungsberufe
48	Bauausstatter
49	Raumausstatter, Polsterer
50	Tischler, Modellbauer
51	Maler, Lackierer und verwandte Berufe
52	Warenprüfer, Versandfertigmacher
54	Maschinenisten und zugehörige Berufe
60	Ingenieure
61	Chemiker, Physiker, Mathematiker
62	Techniker
63	Technische Sonderfachkräfte
68	Warenkaufleute
69	Bank-, Versicherungskaufleute
70	Andere Dienstleistungskaufleute und zugehörige Berufe
71	Berufe des Landverkehrs
72	Berufe des Wasser- und Luftverkehrs
73	Berufe des Nachrichtenverkehrs
74	Lagerverwalter, Lager-, Transportarbeiter
75	Unternehmer, Organisatoren, Wirtschaftsprüfer
76	Abgeordnete, administrativ entscheidende Berufstätige
77	Rechnungskaufleute, Datenverarbeiter
78	Bürofach-, Bürohilfskräfte
79	Dienst-, Wachberufe
80	Sicherheitswahrer
81	Rechtswahrer, -berater
82	Publizisten, Dolmetscher, Bibliothekare
83	Künstler und zugeordnete Berufe
84	Ärzte, Apotheker
85	Übrige Gesundheitsdienstberufe
86	Sozialpflegerische Berufe
87	Lehrer
88	Geistes- und naturwissenschaftliche Berufe, a.n.g.

89	Seelsorger
90	Körperpfleger
91	Gästebetreuer (ausgenommen Barbesitzer/-angestellte und Prostituierte)
92	Hauswirtschaftliche Berufe
93	Reinigungsberufe
<b>Schlüssel</b>	<b>Arbeitnehmer</b>
52	Warenprüfer, Versandfertigmacher
61	Chemiker, Physiker, Mathematiker
72	Berufe des Wasser- und Luftverkehrs
73	Berufe des Nachrichtenverkehrs
76	Abgeordnete
89	Seelsorger

### Versicherbar sind nach Gruppe B

Schlüssel	Freiberufler, Gewerbetreibende
98	Arbeitskräfte mit noch nicht bestimmtem Beruf
<b>Schlüssel</b>	<b>Arbeitnehmer</b>
1	Landwirte
2	Tierzüchter, Fischereiberufe
3	Verwalter, Berater in der Landwirtschaft und Tierzucht
4	Landwirtschaftliche Arbeitskräfte, Tierpfleger
5	Gartenbauer
6	Forst- und Jagdberufe
10	Steinbearbeiter
12	Keramiker
13	Glasmacher
14	Chemiearbeiter (Ausnahme Kokereiarbeiter)
15	Kunststoffverarbeiter
16	Papierhersteller, -verarbeiter
17	Drucker
18	Holzaufbereiter, Holzwarenfertiger und verwandte Berufe
21	Metallverformer (spanlos)
22	Metallverformer (spanend)
23	Metalloberflächenbearbeiter, -vergüter, -beschichter
24	Metallverbinder
26	Feinblechner, Installateure
27	Schlosser
28	Mechaniker
29	Werkzeugmacher
30	Metallfeinbauer und zugeordnete Berufe
31	Elektriker
32	Montierer und Metallberufe, a.n.g.
33	Spinnberufe
34	Textilhersteller
35	Textilverarbeiter
37	Lederhersteller, Leder- und Fellverarbeiter
39	Back-, Konditorwarenhersteller
40	Fleisch-, Fischverarbeiter
41	Speisenbereiter
42	Getränke-, Genussmittelhersteller
43	Übrige Ernährungsberufe
48	Bauausstatter
49	Raumausstatter, Polsterer
50	Tischler, Modellbauer
51	Maler, Lackierer verwandte Berufe
54	Maschinenisten und zugehörige Berufe
60	Ingenieure
62	Techniker
63	Technische Sonderfachkräfte
68	Warenkaufleute
69	Bank-, Versicherungskaufleute
70	Andere Dienstleistungskaufleute und zugehörige Berufe
71	Berufe des Landverkehrs
74	Lagerverwalter, Lager-, Transportarbeiter
75	Organisatoren, Wirtschaftsprüfer
77	Rechnungskaufleute, Datenverarbeiter
78	Bürofach-, Bürohilfskräfte
79	Dienst-, Wachberufe
80	Sicherheitswahrer
81	Rechtswahrer, -berater
82	Publizisten, Dolmetscher, Bibliothekare
83	Künstler und zugeordnete Berufe

84	Ärzte, Apotheker
85	Übrige Gesundheitsdienstberufe
86	Sozialpflegerische Berufe
87	Lehrer
88	Geistes- und naturwissenschaftliche Berufe, a.n.g.
90	Körperpfleger
91	Gästekbetreuer (ausgenommen Barbeseitzer/-angestellte und Prostituierte)
92	Hauswirtschaftliche Berufe
93	Reinigungsberufe
98	Arbeitskräfte mit noch nicht bestimmtem Beruf (ausgenommen Arbeitslose)

**Nicht versicherbar sind****Schlüssel Freiberufler, Gewerbetreibende**

7	Bergleute
8	Mineral-, Erdöl-, Erdgasgewinner
9	Mineralaufbereiter
19	Metallerzeuger, Walzer
25	Schmiede
44	Maurer, Betonbauer
45	Zimmerer, Dachdecker, Gerüstbauer
46	Straßen-, Tiefbauer
47	Bauhilfsarbeiter
53	Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeit
99	Arbeitskräfte ohne nähere Tätigkeit

**Schlüssel Arbeitnehmer**

7	Bergleute
8	Mineral-, Erdöl-, Erdgasgewinner
9	Mineralaufbereiter
11	Baustoffhersteller
19	Metallerzeuger, Walzer
20	Former, Formgießer
25	Schmiede
36	Textilveredler
44	Maurer, Betonbauer
45	Zimmerer, Dachdecker, Gerüstbauer
46	Straßen-, Tiefbauer
47	Bauhilfsarbeiter
53	Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeit
99	Arbeitskräfte ohne nähere Tätigkeit