

Leistungsmerkmale KombiMed Krankenhaus. Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte. (EINZELVERSICHERUNG)

Klartext – wir möchten, dass Sie uns verstehen. Und Klartext zu sprechen, heißt für uns auch, offen über Dinge zu reden. Die Übersicht zeigt Ihnen die wichtigsten Leistungsmerkmale der KombiMed Produkte im Vergleich. Weitere Leistungsbeschreibungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), in denen die Leistungen nach Art und Umfang geregelt sind.

Leistungsmerkmale	KombiMed Krankenhaus Tarif KS1 Tarif KS2	KombiMed Krankenhaus Tarif KGZ1 Tarif KGZ2
Versicherbarer Personenkreis	Gesetzlich Versicherte mit Eintrittsalter zwischen 20 und 39.	Gesetzlich Versicherte.
Behandlung durch den Chefarzt und andere Ärzte oder Hebammen	Ja, auch in einer Privatklinik.	
Leistungsgrenze für Chefarztbehandlung	Nein.	
Leistungsgrenze für die Behandlung bei Krankheiten und Unfall	Nein, geleistet wird für Krankheit und Unfall.	
Übernahme der Mehrkosten für die Unterbringung im Ein- bzw. Zweibettzimmer	Ja. Im Tarif KS1 und KGZ1 für das Ein- oder Zweibettzimmer. Im Tarif KS2 und KGZ2 für das Zweibettzimmer. Zählt Zweibettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, wird der Zuschlag für Einbettzimmer zu 60 % ersetzt.	
Aufenthalt in einer Privatklinik	Ja. Leistet die gesetzliche Krankenkasse nicht, erstatten wir die Mehrkosten für das Ein- oder Zweibettzimmer sowie die Chefarztbehandlung im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte. Nach Vorleistung der Krankenkasse, egal in welcher Höhe, sind auch die verbleibenden Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen versichert.	
Ambulante Operationen	Bei bestimmten ambulanten Operationen zahlen wir eine Pauschale in Höhe von 200 Euro.	
Ersatz-Krankenhaustagegeld als Ausgleichszahlung	Ja, wenn die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer nicht erfolgt und gleichzeitig auch auf die Chefarztbehandlung verzichtet wird. Dann zahlen wir Ihnen pro Tag 25 Euro (KS1) bzw. 20 Euro (KS2).	Dann zahlen wir Ihnen pro Tag 25 Euro (KGZ1) bzw. 20 Euro (KGZ2). Kinder erhalten den halben Betrag.

Leistungsmerkmale	KombiMed Krankenhaus Tarif KS1 Tarif KS2	KombiMed Krankenhaus Tarif KGZ1 Tarif KGZ2
Optionsrecht	Nein, aber zum Ende des Kalenderjahres, in dem der/die Versicherte das 44. Lebensjahr vollendet, erfolgt die Umstellung auf Tarif KGZ. Hiermit ist eine bedeutende Beitragssteigerung verbunden.	Nein.
Leistungserstattung im Ausland	Ja. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in anderen Staaten der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraumes und in der Schweiz.	Ja. Versicherungsschutz besteht bei einem vorübergehenden Aufenthalt in anderen europäischen Staaten. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz bis zu einem Monat. Wichtig: Besteht der Vertrag bei Beginn des Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland bereits 12 Monate, verlängert sich der Versicherungsschutz auf 6 Monate.
Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss	Ja. Je nach Ergebnis kann der Vertrag gegebenenfalls nicht zustande kommen oder eventuell ein Zuschlag bzw. der Ausschluss von Krankheiten vereinbart werden.	
Planmäßige Erhöhung der Beiträge zu festen Terminen	Ja. Wir haben diesen Tarif nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Er ist ein reiner Risikotarif. Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Wir berechnen den Beitrag in diesem Tarif nach Altersgruppen. Bei Erreichen einer neuen Altersgruppe haben Sie – zusätzlich zu eventuell erforderlichen Beitragsanpassungen – den jeweiligen Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel Beitragssteigerungen zur Folge (siehe nächste Seite).	Ja. Sobald eine versicherte Person das 14. bzw. 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.
Anpassung von Beiträgen	Ja. Sie ist möglich. Die Notwendigkeit einer Anpassung wird jedes Jahr überprüft und kann zu einer Erhöhung oder Verminderung der Beiträge führen.	
Leistungsfreie Zeiten (Wartezeiten)	Ja. Allgemeine Wartezeit: In den ersten 3 Monaten besteht kein Leistungsanspruch. Besondere Wartezeit: In den ersten 8 Monaten besteht kein Leistungsanspruch, wenn die Behandlungen eine Entbindung oder eine Psychotherapie betreffen. Wegfall der Wartezeit: – Die allgemeine und besondere Wartezeit entfallen bei einem Unfall. – Mit einer ärztlichen Untersuchung können ab Vertragsbeginn die Wartezeiten erlassen werden. Der Untersuchungsbericht muss innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung bei der DKV eingehen. Die Kosten trägt der Antragsteller.	Ja. Allgemeine Wartezeit: In den ersten 3 Monaten besteht kein Leistungsanspruch. Besondere Wartezeit: In den ersten 8 Monaten besteht kein Leistungsanspruch, wenn die Behandlungen eine Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz oder eine Kieferorthopädie betreffen. Wegfall der Wartezeit: – Die allgemeine und besondere Wartezeit für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie entfallen bei einem Unfall. – Mit einer ärztlichen Untersuchung können ab Vertragsbeginn die Wartezeiten erlassen werden (ausgenommen: Zahnersatz, Kieferorthopädie). Der Untersuchungsbericht muss innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung bei der DKV eingehen. Die Kosten trägt der Antragsteller.

MONATLICHE BEITRÄGE IN EURO

(STAND: 01. 07. 2017)

KombiMed Tarif KS:

– Für die versicherte Person, die das 24., 29., 34. bzw. 39. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

KombiMed Tarif KGZ:

– Sobald eine versicherte Person das 14. bzw. 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

Tarif	Tarif KS1	Tarif KS2	Tarif KGZ1	Tarif KGZ2
Alter	Mann/Frau	Mann/Frau	Mann/Frau	Mann/Frau
0–14 Jahre	–	–	6,30	3,43
15 Jahre	–	–	13,02	7,39
16 Jahre	–	–	13,02	7,39
17 Jahre	–	–	13,02	7,39
18 Jahre	–	–	13,02	7,39
19 Jahre	–	–	13,02	7,39
20 Jahre	15,52	11,73	36,08	27,47
21 Jahre	15,52	11,73	37,04	28,18
22 Jahre	15,52	11,73	38,04	28,93
23 Jahre	15,52	11,73	39,09	29,71
24 Jahre	15,52	11,73	40,14	30,49
25 Jahre	23,36	16,29	41,19	31,26
26 Jahre	23,36	16,29	42,21	32,03
27 Jahre	23,36	16,29	43,23	32,80
28 Jahre	23,36	16,29	44,24	33,56
29 Jahre	23,36	16,29	45,23	34,31
30 Jahre	32,37	21,62	46,22	35,05
31 Jahre	32,37	21,62	47,16	35,80
32 Jahre	32,37	21,62	48,08	36,54
33 Jahre	32,37	21,62	48,98	37,27
34 Jahre	32,37	21,62	49,92	38,03
35 Jahre	32,37	21,62	50,89	38,82
36 Jahre	32,37	21,62	51,86	39,61
37 Jahre	32,37	21,62	52,85	40,43
38 Jahre	32,37	21,62	53,89	41,29
39 Jahre	32,37	21,62	55,02	42,20
40 Jahre	32,37	21,62	56,24	43,18
41 Jahre	32,37	21,62	57,56	44,23
42 Jahre	32,37	21,62	58,98	45,35
43 Jahre	32,37	21,62	60,51	46,54
44 Jahre	32,37	21,62	62,10	47,78
45 Jahre	–	–	63,73	49,05
46 Jahre	–	–	65,46	50,38
47 Jahre	–	–	67,25	51,76
48 Jahre	–	–	69,11	53,18
49 Jahre	–	–	71,00	54,64
50 Jahre	–	–	72,93	56,13
51 Jahre	–	–	74,91	57,65
52 Jahre	–	–	76,93	59,21
53 Jahre	–	–	79,02	60,82
54 Jahre	–	–	81,14	62,46
55 Jahre	–	–	83,31	64,13
56 Jahre	–	–	85,54	65,85
57 Jahre	–	–	87,83	67,61
58 Jahre	–	–	90,19	69,43
59 Jahre	–	–	92,57	71,26
60 Jahre	–	–	94,99	73,12
61 Jahre	–	–	97,47	75,03
62 Jahre	–	–	99,99	76,98
63 Jahre	–	–	102,57	78,97
64 Jahre	–	–	105,13	80,95
65 Jahre	–	–	105,64	81,34
66 Jahre	–	–	108,20	83,31
67 Jahre	–	–	110,74	85,25
68 Jahre	–	–	113,27	87,18
69 Jahre	–	–	115,81	89,12
70 Jahre	–	–	118,37	91,07

Leistungsmerkmale	KombiMed Krankenhaus Unfall Tarif KSU	KombiMed Krankenhaus Tarif UZ1 Tarif UZ2
Versicherbarer Personenkreis	Gesetzlich Versicherte.	
Behandlung durch den Chefarzt und andere Ärzte oder Hebammen	Ja, auch in einer Privatklinik.	Nein.
Leistungsgrenze für Chefarztbehandlung	Nein.	Für Chefarztbehandlung wird nicht geleistet.
Leistungsgrenze für die Behandlung bei Krankheiten und Unfall	Ja, geleistet wird ausschließlich aufgrund eines Unfalls.	Nein, geleistet wird für Krankheit und Unfall.
Übernahme der Mehrkosten für die Unterbringung im Ein- bzw. Zweibettzimmer	Ja, für das Ein- oder Zweibettzimmer.	Ja, wenn die Krankenkasse Ihre Pflichtleistung erbringt. Im Tarif UZ2 für das Zweibettzimmer. Im Tarif UZ1 für das Ein- oder Zweibettzimmer.
Aufenthalt in einer Privatklinik	Ja. Erbringt die gesetzliche Krankenkasse ihre Pflichtleistung nicht, erstatten wir die Mehrkosten für das Ein- oder Zweibettzimmer sowie die Chefarztbehandlung im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte. Übernimmt die Krankenkasse ihre Pflichtleistung, sind auch die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen versichert.	Ja, wenn die Krankenkasse ihre Pflichtleistung erbringt. Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen sind auch dann nicht versichert, wenn die Krankenkasse ihre Pflichtleistung übernimmt.
Ambulante Operationen	Bei bestimmten unfallbedingten ambulanten Operationen zahlen wir eine Pauschale in Höhe von 200 Euro.	Nein.
Ersatz-Krankenhaustagegeld als Ausgleichszahlung	Ja, wenn die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer nicht erfolgt und gleichzeitig auch auf die Chefarztbehandlung verzichtet wird. Dann zahlen wir Ihnen pro Tag 25 Euro.	Ja, das Ersatz-Krankenhaustagegeld wird aber nur dann gezahlt, wenn das Krankenhaus die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer nicht zur Verfügung stellen kann. Dann zahlen wir Ihnen pro Tag 50 Euro (UZ1) bzw. 25 Euro (UZ2). Auch Kindern.
Optionsrecht	Nein.	
Leistungserstattung im Ausland	Ja. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in anderen Staaten der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraumes und in der Schweiz.	
Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss	Nein. Es besteht kein Leistungsanspruch für einen Versicherungsfall, der vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten ist.	Nein. Es besteht kein Leistungsanspruch für einen Versicherungsfall, der vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten ist. Ein solcher Fall liegt vor, wenn ein Arzt in den letzten 24 Monaten vor Vertragsabschluss die Notwendigkeit einer stationären Weiterbehandlung in Erwägung gezogen hat.

Leistungsmerkmale	KombiMed Krankenhaus Unfall Tarif KSU	KombiMed Krankenhaus Tarif UZ1 Tarif UZ2
Planmäßige Erhöhung der Beiträge zu festen Terminen	Ja. Wir haben diesen Tarif nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Er ist ein reiner Risikotarif. Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Wir berechnen den Beitrag in diesem Tarif nach Altersgruppen. Bei Erreichen einer neuen Altersgruppe haben Sie – zusätzlich zu eventuell erforderlichen Beitragsanpassungen – den jeweiligen Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel Beitragssteigerungen zur Folge.	
Anpassung von Beiträgen	Ja. Sie ist möglich. Die Notwendigkeit einer Anpassung wird jedes Jahr überprüft und kann zu einer Erhöhung oder Verminderung der Beiträge führen.	
Leistungsfreie Zeiten (Wartezeiten)	Es bestehen keine Wartezeiten.	Ja. Allgemeine Wartezeit: In den ersten 3 Monaten besteht kein Leistungsanspruch. Besondere Wartezeit: In den ersten 8 Monaten besteht kein Leistungsanspruch, wenn die Behandlungen eine Entbindung, Psychotherapie oder einen Zahnersatz betreffen. Wegfall der Wartezeit: Die allgemeine Wartezeit entfällt bei einem Unfall.

MONATLICHE BEITRÄGE IN EURO

(STAND: 01. 01. 2018 FÜR TARIF KSU) (STAND: 01. 07. 2017 FÜR TARIF UZ1 / 01. 04. 2012 FÜR TARIF UZ2)

Tarif	Tarif KSU	Tarif UZ1	Tarif UZ2
Alter	Mann/Frau	Mann/Frau	Mann/Frau
0–19 Jahre	4,00	12,42	3,22
20–29 Jahre	6,40	12,57	4,67
30–39 Jahre	6,60	18,53	5,05
40–49 Jahre	6,70	17,81	5,39
50–59 Jahre	8,30	23,19	7,85
60–69 Jahre	14,10	35,56	15,11
70–79 Jahre	24,20	58,73	30,90
80–89 Jahre	36,00	91,75	51,69
90–99 Jahre	44,60	99,34	55,99
100–109 Jahre	44,60	–	–
110–119 Jahre	44,60	–	–

Sobald eine versicherte Person das 19., 29., 39., 49., 59., 69., 79., 89., 99. bzw. 109. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

Leistungsmerkmale	KombiMed Krankenhaustagegeld Tarif KKHT
Versicherbarer Personenkreis	Privat Vollversicherte und gesetzlich Versicherte.
Tagegeld	<p>Ja. Das Tagesgeld wird gezahlt für jeden Tag, auch für den Aufnahme- und Entlassungstag, – eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes. Ab dem 92. Tag der ununterbrochenen Behandlung im Krankenhaus gibt es eine Beitragsbefreiung.</p> <p>– einer vollstationären Rehabilitationsmaßnahme.</p> <p>– einer vollstationären Vorsorgemaßnahme für die Dauer von 28 Tagen. Ein erneuter Leistungsanspruch besteht 36 Monate ab Beginn der letzten Vorsorgemaßnahme.</p> <p>Bei Kindern bis 14 Jahre verdoppelt sich das Tagesgeld, wenn ein Elternteil oder eine andere Bezugsperson gemeinsam mit dem Kind im Krankenhaus oder in der Rehabilitationseinrichtung aufgenommen wird. Voraussetzung ist eine vollstationäre Behandlung.</p> <p>Das doppelte Tagesgeld wird für die Dauer des gemeinsamen Aufenthaltes gezahlt.</p>
Leistungsgrenze	<p>Ja. Das Krankenhaustagegeld kann bis zu 65 Euro pro Tag vereinbart werden.</p> <p>Für Kinder bis 14 Jahre kann ein Tagesgeld bis zu 30 Euro vereinbart werden.</p>
Leistungserstattung im Ausland	<p>Ja. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland besteht Versicherungsschutz. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland bleibt der Versicherungsschutz für 6 Monate bestehen.</p>
Leistungsfreie Zeiten (Wartezeiten)	<p>Ja.</p> <p>Allgemeine Wartezeit: In den ersten 3 Monaten besteht kein Leistungsanspruch.</p> <p>Besondere Wartezeit: In den ersten 8 Monaten besteht kein Leistungsanspruch, wenn die Behandlung eine Entbindung, Psychotherapie oder den Zahnersatz betrifft.</p> <p>Wegfall der Wartezeit: Die allgemeine Wartezeit entfällt bei einem Unfall.</p>
Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss	<p>Nein.</p> <p>Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind, leisten wir nicht. Davon ist auszugehen, wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung, Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme als mögliche Behandlungsalternative zwischen Arzt und versicherter Person besprochen wurde. Dieses Gespräch muss in den letzten 24 Monaten vor Abschluss des Vertrages anlässlich der den Versicherungsfall auslösenden Diagnose(n) erfolgt sein.</p>
Planmäßige Erhöhung der Beiträge zu festen Terminen	<p>Ja. Wir haben diesen Tarif nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Er ist ein reiner Risikotarif. Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Wir berechnen den Beitrag in diesem Tarif nach Altersgruppen. Bei Erreichen einer neuen Altersgruppe haben Sie – zusätzlich zu eventuell erforderlichen Beitragsanpassungen – den jeweiligen Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel Beitragssteigerungen zur Folge.</p>
Anpassung von Beiträgen	<p>Ja. Das ist möglich. Die Notwendigkeit einer Anpassung wird jedes Jahr überprüft und kann zu einer Erhöhung oder Verminderung der Beiträge führen.</p>

MONATLICHE BEITRÄGE IN EURO

(STAND: 01. 10. 2013) TAGEGELD JE 5 EURO

Tarif	Tarif KKHT
Alter	Mann/Frau
0–14 Jahre	1,17
15–19 Jahre	1,09
20–29 Jahre	0,93
30–39 Jahre	1,12
40–49 Jahre	1,28
50–59 Jahre	2,33
60–69 Jahre	4,05
70–79 Jahre	6,95
80–89 Jahre	10,18
90–99 Jahre	10,77

Sobald eine versicherte Person das 14., 19., 29., 39., 49., 59., 69., 79. bzw. 89. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

Leistungsmerkmale	KombiMed Best Care Tarif KBCK
Versicherbarer Personenkreis	Vollversicherte und Gesetzlich Versicherte in Verbindung mit Tarifen, für die bei stationärer Heilbehandlung auch Wahlleistungen erstattungsfähig sind, und zwar – Unterkunftszuschlag für das Ein- oder Zweibettzimmer, – wahl- und belegärztliche Leistungen mindestens bis zu den Höchstsätzen der GOÄ.
Schneller Zugang zu anerkannten Experten	Ja. Bei bestimmten schweren Erkrankungen die Terminvermittlung beim Top-Experten innerhalb von 5 Werktagen (Mo – Fr). Sie erhalten eine ausführliche Zweitmeinung zur weiteren Behandlung. Oder Sie werden vom Top-Experten stationär behandelt. 500 Euro erhalten Sie zusätzlich als Ersatzpauschale, wenn die 5-Tages-Frist nicht eingehalten werden kann.
Leistungsgrenze	Ja. Wegen derselben Erkrankung können die Leistungen erst nach Ablauf von 12 Monaten erneut in Anspruch genommen werden. Der Tarif sieht keine Leistung vor: – bei psychischen (seelischen) Erkrankungen – bei akuten Notfällen – bei Transplantationen (außer Hauttransplantationen) – für die Erstattung der stationären Arzt- und Krankenhausrechnungen. Die Erstattung erfolgt aus dem stationären Schutz. – für die Erstattung der ambulanten Arztrechnungen und für Reise- und Transportkosten Für diese Kosten ist die Aufwandspauschale von 500 Euro vorgesehen.
Leistungserstattung im Ausland	Nein. Die Leistungen können nur in Deutschland in Anspruch genommen werden.
Leistungsfreie Zeiten (Wartezeiten)	Ja. Wartezeit: In den ersten 3 Monaten besteht kein Leistungsanspruch. Wegfall der Wartezeit: bei einem Unfall.
Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss	Nein. Es besteht kein Leistungsanspruch für einen Versicherungsfall, der vor Abschluss des Vertrages eingetreten ist. Davon ist auszugehen, wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung als mögliche Behandlungsalternative zwischen Arzt und versicherter Person besprochen wurde. Dieses Gespräch muss in den letzten 24 Monaten vor Abschluss des Vertrages anlässlich der den Versicherungsfall auslösenden Diagnose erfolgt sein.
Planmäßige Erhöhung der Beiträge zu festen Terminen	Ja. Wir haben diesen Tarif nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Er ist ein reiner Risikotarif. Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Wir berechnen den Beitrag in diesem Tarif nach Altersgruppen. Bei Erreichen einer neuen Altersgruppe haben Sie – zusätzlich zu eventuell erforderlichen Beitragsanpassungen – den jeweiligen Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel Beitragssteigerungen zur Folge.
Anpassung von Beiträgen	Ja, ist möglich. Die Notwendigkeit einer Anpassung wird jedes Jahr überprüft und kann zu einer Erhöhung oder Verminderung der Beiträge führen.

MONATLICHE BEITRÄGE IN EURO

(STAND: 01. 06. 2013)

Tarif	Best Care Tarif KBCK
Alter	Mann/Frau
0–59 Jahre	4,90
ab 60 Jahren	11,90

Sobald eine versicherte Person das 59. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.