



Versicherungsschutz für Teilnehmer, die an Reha-Maßnahmen/Kursen von Mitgliedsorganisationen des Verband für Behinderten- und Rehabilitationssport Mecklenburg-Vorpommern e.V. (VBRS) teilnehmen

A. Allgemeine Bestimmungen

Der im Folgenden beschriebene Versicherungsschutz besteht für Teilnehmer von Rehabilitationssport-Maßnahmen, die von Mitgliedsorganisationen des Verbandes für Behinderten- und Rehabilitationssport Mecklenburg-Vorpommern e.V. (VBRS) angeboten werden.

Bei den Mitgliedsorganisationen handelt es sich um Gruppen/Zusammenschlüsse (z.B. Rehasport-Gruppen von Kliniken), die keine Möglichkeit haben, Mitglied im Landesportverband Mecklenburg-Vorpommern e.V. oder einem anderen Landessportverband/-bund zu werden. Diese Organisationen können sich beim VBRS zum Versicherungsschutz im Umfang dieses Vertrages anmelden.

Voraussetzung ist, dass diese Organisationen als Leistungserbringer von Rehabilitationssport ergänzende Leistungen nach §64 SGB IX durchführen. Die sportliche Rehabilitation wird unter sportpädagogischer Leitung und einer ärztlichen Überwachung/Betreuung (Reha-Maßnahmen) durchgeführt. Der Übungsleiter muss einen besonderen Qualifikationsnachweis im Rehabilitationssport vorweisen.

Die Rehabilitationssport-Gruppen bedürfen der Zertifizierung durch den VBRS und werden von ihm überprüft.

Die sportliche Reha-Maßnahme ist auf die Art der Behinderung/Erkrankung abgestimmt. Daher bilden sich spezielle Sportgruppen (z.B. für Körperbehinderte, Krebsgeschädigte oder Herz-/Kreislaufgeschädigte). Im Rahmen der Reha-Maßnahmen werden unterschiedliche Sportarten betrieben.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf alle Reha-Sportler der Mitgliedsorganisationen, die sich beim VBRS zum Versicherungsschutz angemeldet haben und die Reha-Maßnahmen durch ihren behandelnden Arzt auf dem hierfür verbindlich vorgeschriebenen Vordruck verordnet bekommen haben. Der Versicherungsschutz besteht während der gesamten Dauer der verordneten Reha-Maßnahme bei den Mitgliedsorganisationen und endet automatisch nach Ablauf der Verordnung, spätestens nach 120 Übungsstunden bzw. 36 Monaten.

B. Spezielle Bestimmungen

Unfallversicherung

(ARAG Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft)

1. Gegenstand der Versicherung

Die ARAG Allgemeine gewährt Versicherungsschutz gegen die wirtschaftlichen Folgen körperlicher Unfälle, von denen die versicherten Personen betroffen werden. Die gegenseitigen Rechte und Pflichten ergeben sich aus den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 99), den Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung, den Besonderen Bedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung mit Direktanspruch der versicherten Personen (BB Direktanspruch 2000) und den Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 400 %), soweit sich nachfolgend keine Abweichungen ergeben.

2. Versicherte Personen

Versicherungsschutz besteht für die unter Abschnitt A genannten Reha-Sportler, die Reha-Maßnahmen durch ihren behandelnden Arzt auf dem hierfür verbindlich vorgeschriebenen Vordruck verordnet bekommen haben.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

3. Umfang des Versicherungsschutzes

3.1 Die Versicherung umfasst Unfälle, die den versicherten Reha-Sportlern bei der Teilnahme an den versicherten Reha-Maßnahmen zustoßen.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Betreten der für die jeweilige Übungsstunde vorgesehenen Sportstätte zum Zwecke der aktiven Teilnahme und endet mit deren Verlassen, spätestens jedoch mit Beendigung der Übungsstunde.

Nicht vom Versicherungsschutz erfasst sind Unfälle, die sich auf dem Hin- oder Rückweg zur der versicherten Reha-Maßnahme ereignen (Wegerisiko).

3.2 Anrechnungsverzicht von Krankheiten und Gebrechen bei Unfällen gemäß dem erweiterten Unfallbegriff:

Gemäß § 1 IV. AUB99 (Erweiterter Unfallbegriff) fallen auch Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißen unter den Versicherungsschutz. In teilweiser Änderung von §12 AUB 99 verzichtet die ARAG Allgemeine darauf, die Leistungen zu kürzen, wenn bei den Unfallfolgen an Gliedmaßen Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt haben. Dies bezieht sich im Besonderen auf den Einwand der degenerativen Mitwirkung.

3.3. Mitversicherung von Bauch- und Unterleibsbrüchen

Abweichend zu § 2 III. (1) AUB99 gilt als Unfall auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung bei einer sportlichen Tätigkeit Bauch- oder Unterleibsbrüche verursacht werden.

Der Einschluss endet zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet hat. Danach gelten die Regelungen gemäß § 2 III. (1) AUB99.

3.4 Optischer Todesfall

In Erweiterung von §11 VIII. der AUB99 sind auch Todesfälle, die unmittelbare Folge eines auf der Sportstätte bei der aktiven Teilnahme an Wettkampf oder Training erlittenen körperlichen Zusammenbruchs sind und innerhalb von 24 Stunden nach dem Zusammenbruch zum Tode führen, mitversichert.

3.5 Mitversicherung von Unfällen aufgrund Geistes- oder Bewusstseinsstörungen

Die Ausschlüsse gemäß § 2 I. (1) AUB 99 gelten mit Ausnahme von Schlaganfällen als gestrichen. Geistes- und Bewusstseinsstörungen jedoch nur, soweit sie nicht auf Trunkenheit zurückzuführen sind.

3.6 Mitversicherung von Unfällen von dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftigen

§ 3 AUB 99 wird gestrichen. Anstatt dessen gilt:

Unfälle von dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftigen im Sinne der sozialen Pflegeversicherung (§§ 14, 15 Sozialgesetzbuch XI) sind ausschließlich mit den folgenden Leistungen versichert:

3.6.1 Für den Todesfall gelten die Leistungen gemäß der vereinbarten Todesfallsumme (§ 2.6 AUB99), mit Ausnahme von Todesfällen gemäß Ziffer 5.1 BB Verbände

3.6.2 Für den Invaliditätsfall gelten die Leistungen gemäß den vereinbarten Invaliditätssummen, soweit der Invaliditätsgrad nach Ziffer 2.1 AUB 99 (Gliedertaxe) zu bemessen ist.

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

3.6.2.1 ein Gelenk verrenkt wird oder

3.6.2.2 Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.

3.7 Mitversicherung unfallbedingter psychischer und nervöser Störungen

Abweichend zu §2 IV. AUB99 gilt als vereinbart, dass für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, dann Versicherungsschutz besteht, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen sind

3.8 Integralfranchise

In teilweiser Abänderung von § 11 I. AUB 99 wird bei Teilinvalidität eine Entschädigung für alle versicherten Personen nur dann gewährt, wenn der festgelegte Invaliditätsgrad **20 %** und mehr beträgt.

3.9 400% Progression

Im Invaliditätsfall werden der Berechnung der Leistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) Für den 25% nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- b) für den 25%, nicht aber 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die doppelte Invaliditätssumme,
- c) für den 50%, nicht aber 75% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme.

Ab einem Invaliditätsgrad von 75% wird bereits die vereinbarte Höchstsumme in Höhe von 200.000 EUR gezahlt.

3.10 Übergangsleistung

3.10.1 Übergangsleistung 1

Besteht nach Ablauf von 6 Monaten, vom Eintritt des Unfalles an gerechnet - ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen -, noch eine unfallbedingte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit im beruflichen oder außerberuflichen Bereich von mehr als 50% und hat diese Beeinträchtigung bis dahin ununterbrochen bestanden, so wird eine Übergangsleistung in Höhe von € 2.000,--gezahlt.

3.10.2 Übergangsleistung 2

Besteht nach Ablauf von 9 Monaten, vom Eintritt des Unfalles an gerechnet - ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen -, noch eine unfallbedingte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit im beruflichen oder außerberuflichen Bereich von mehr

als 50% und hat diese Beeinträchtigung bis dahin ununterbrochen bestanden, so wird eine zusätzliche Übergangsleistung von € 2.000,-- gezahlt.

Der Versicherte hat den Anspruch auf Zahlung der Übergangsleistung spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalls geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Attestes zu begründen.

3.11 Fristverlängerung bei der Invaliditätsleistungsanmeldung und -feststellung

Die Versäumung der Frist von 15 Monaten nach einem Unfall zur Anmeldung eines Invaliditätsanspruches (§11 I. (1) AUB 99) führt nicht zum Untergang des Anspruches, sondern wird wie eine Obliegenheitsverletzung nach Ziffer 8 AUB 99 behandelt, wenn die Meldung innerhalb weiterer 15 Monate (insgesamt somit 30 Monaten) erfolgt.

Nach Ablauf dieser Frist erlischt der Anspruch auf Invaliditätsleistung. Die Frist wird bei Kindern und Jugendlichen über die 30 Monate hinaus bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, höchstens jedoch 60 Monate, verlängert.

3.12 Obduktionsverzicht

Die ARAG Allgemeine verzichtet auf ein eventuell ihr zustehendes Recht der Obduktion.

4. Versicherungssummen

Die Versicherungssummen betragen je Person

3.000 EUR für den Todesfall

1.500 EUR Mehrleistung im Todesfall für jedes unterhaltsberechtigzte Kind

50.000 EUR für den Invaliditätsfall, maximal

200.000 EUR Höchstleistung für den Invaliditätsfall.

Bei Teilinvalidität erfolgt eine Entschädigung ab einem Invaliditätsgrad von **20%** und mehr.

2.000 EUR Übergangsleistung nach 6 Monaten

2.000 EUR Übergangsleistung nach 9 Monaten

10 EUR Krankenhaustagegeld

10 EUR Genesungsgeld

6.000 EUR Serviceleistungen

6.000 EUR Kosmetische Operationen

20.000 EUR Reha-Management.

Die Leistungen für Tod, Invalidität, Übergangsleistung, kosmetische Operationen und Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld werden zusätzlich zu Leistungen anderer Versicherungsträger (z.B. private Unfallversicherungen, gesetzliche Unfallversicherungen) gezahlt.

5. Reha-Management

Besteht gemäß Abschnitt A ein versicherter Unfall, so wird ab einem zu erwartenden Invaliditätsgrad von 50% ein Reha-Management als Serviceleistung angeboten. Ziel des Reha-Managements ist, den Verun-

fallten möglichst schnell in ein soziales und berufliches Umfeld zurückzuführen, das ihm eine den Verhältnissen entsprechende Lebensqualität bietet. Diese Serviceleistung wird von der ARAG in Kooperation mit dem IHR Rehabilitations-Dienst GmbH in Köln erbracht. Das Reha-Management übernimmt die Organisation, nicht jedoch die Kosten für die Reha-Maßnahme selbst. Es werden nur Maßnahmen empfohlen, deren Kosten entweder von einem Leistungsträger (Krankenversicherung, Berufsgenossenschaft usw.) übernommen oder die von Versicherungsleistungen (z.B. der fälligen Invaliditätsentschädigung) finanziert werden können.

Die Versicherungssumme für Reha-Management-Kosten beträgt 20.000 EUR.

Die versicherte Person kann frei entscheiden, ob sie alle Leistungen, nur Teilleistungen oder keine Leistung des Reha-Managements in Anspruch nimmt. Es besteht keine Pflicht zur Inanspruchnahme. Die ARAG Sportversicherung entscheidet im Einzelfall über die Vergabe der Serviceleistung an den Verunfallten.

Das Reha-Management bietet folgende Leistungen:

5.1. Die medizinische Rehabilitation

In Absprache mit allen Beteiligten – dazu zählen neben dem Verletzten selbst die Familie, die Ärzte, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen – wird ein Gesamt-Rehabilitationsplan erstellt. Das Leistungsspektrum umfasst zudem Empfehlungen über besondere Heilverfahren und bestmögliche Therapien. Das Reha-Management kümmert sich auch um die Vermittlung von Spezialkliniken und ambulanten Therapien bis hin zur Terminvereinbarung für stationäre Aufenthalte und steht bei Anschluss-therapien dem Verletzten unterstützend zur Seite. Bei Unfällen von Kindern soll neben der Optimierung der Akutbehandlung und der Sicherstellung geeigneter Pflegemethoden vor allem die notwendige Förderung der geistigen und körperlichen Entwicklung unterstützt werden.

5.2. Das berufliche Reha-Management

Eng verzahnt mit der medizinischen ist die berufliche Rehabilitation. Die Situation ist derzeit, dass die Reha- und Arbeitsberater der gesetzlichen Träger häufig überlastet sind; es fehlt an Personal, um aktive Vermittlung durchführen zu können. Die geringe Zahl von Ausbildungsplätzen und Umschulungsmaßnahmen in nicht mehr marktgerechten Berufen erschweren häufig eine berufliche Wiedereingliederung der Verletzten. Lange Wartezeiten, finanzielle Unsicherheit und der Verlust der vorhandenen beruflichen Qualifikation führen zu einem Motivationsverlust und steigern zwangsläufig das Rentenbegehren. Das berufliche Reha-Management berät die Verletzten vor Ort und unterstützt sie bei der Lösung der beruflichen Probleme. Im Vordergrund steht dabei die Erhaltung des bisherigen Arbeitsplatzes, bei Bedarf die Suche eines neuen Arbeitsplatzes und bei Eignung die Förderung einer selbstständigen Tätigkeit. Die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten werden berücksichtigt und der Verletzte während der Einarbeitungs- und Umschulungsphase kontinuierlich begleitet.

5.3. Pflege-Management

Erfahrene Pflegekräfte und medizinische Berater des Pflege-Managements klären in professionellen Gutachten den Pflegeumfang, die Bereiche Grundpflege, Behandlungspflege, aktivierende Pflege und Betreuungspflege. Bei Bedarf wird eine Neuorganisation der Pflegesituation empfohlen. Hierzu gehört auch die Beschaffung angestellter Pflege- bzw. Pflegefachkräfte, die Vermittlung von Pflegeinstitutionen mit entsprechenden Kostenvergleichen, Pflegehilfsmittelversorgung sowie Hinweise zu Sonderpflegeeinrichtungen für Schwerstverletzte.

5.4. Soziales Reha-Management

Die soziale Rehabilitation ist von großer psychologischer Bedeutung und trägt entscheidend zum Gesamterfolg aller Rehabilitationsmaßnahmen bei. Der Verletzte soll umfassend dabei unterstützt werden, aus seiner durch die Behinderung oft hervorgerufenen Isolation herauszukommen und Aktivitäten selbstständig aufzunehmen. Im Vordergrund stehen Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes, der technischen Situation am Arbeitsplatz und der Erhöhung der Mobilität des Verletzten. Das Reha-Management berät mit Ingenieuren und Architekten über behindertengerechtes Bauen sowohl im Bereich von Umbauten als auch bei Neuplanungen. Der Bedarf und die notwendigen Kosten werden in Gutachten geplant. Die Beratung über die vielfältigen technischen Hilfsmittel am Arbeitsplatz kann die Chance auf berufliche Rehabilitation deutlich erhöhen. Reha-Berater und Kfz-Fachverständige beraten über geeignete Mobilitätshilfen wie Rollstühle und umgebaute Kraftfahrzeuge, prüfen die Angebote, bewerten die Qualität, untersuchen die Einsatzmöglichkeiten, ermöglichen die Nutzung von Sonderkonditionen des Anbieters und geben Unterstützung bei der Beschaffung. Kontakte zu Sportvereinen und Selbsthilfegruppen sollen die Einbindung des Verletzten in das sportliche Umfeld und die Reintegration in den eigenen Verein unterstützen. Auch hier steht die Beratung über die individuellen Möglichkeiten im Vordergrund, zu der auch die Beratung über die behindertengerechte Gestaltung eines sinnvollen Urlaubes und die Vermittlung geeigneter Reiseveranstalter gehört.

C. Schlussbestimmungen

1. Beitrag

Der Beitrag beträgt für jeden gemeldete Reha-Sportler 3,90 EUR einschließlich 19% gesetzliche Versicherungssteuer.

2. Meldeverfahren

Der VBRS meldet der ARAG Allgemeine jährlich zur Hauptfälligkeit des Vertrages die Anzahl der aktiv teilnehmenden Reha-Sportler. Die Berechnung des Jahresbeitrages für das nachfolgende Versicherungsjahr erfolgt jeweils auf Grundlage dieser Bestandsmeldung. Zu- bzw. Abgänge im laufenden Versicherungsjahr werden zwar vom gebotenen Versicherungsschutz, nicht jedoch von der Beitragszahlung erfasst. 8 Wochen vor der nächsten Beitragsfälligkeit sendet die ARAG dem VBRS einen Regulierungsbogen zu, mit dem dieser die Gesamtanzahl der Reha-Sportler mitteilt.

3. Laufzeit des Vertrages

Der Versicherungsvertrag beginnt zu- dem auf der Annahmeerklärung angegebenen Datum und gilt zunächst für ein Jahr. Er verlängert sich von da ab um 1 Jahr und weiter von Jahr zu Jahr, wenn er nicht von einem der Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum jeweiligen Ablauf schriftlich gekündigt wird.

4. Hinweise für den Schadenfall

Direktanspruch

Im Schadenfall steht der versicherten Person ein eigenes Recht zu, Ansprüche aus dem Vertrag gegenüber der ARAG geltend zu machen. Der Schriftverkehr erfolgt im Schadenfall direkt zwischen der ARAG und dem Versicherten.

5. Anerkennung

Der Versicherer erkennt an, dass ihm alle Gefahrenumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem hier vereinbarten Inhalt zu schließen, bekannt geworden sind. Das Recht auf Anfechtung des Vertrages wegen arglistiger Täuschung bleibt unberührt.

6. Anwendbares Recht / Gerichtsstand

Der Vertrag unterliegt in allen seinen Teilen, auch hinsichtlich aller Fragen, die das Zustandekommen, seine Wirksamkeit oder Auslegung betreffen, ausschließlich deutschem Recht. Dies gilt auch für Risiken im Ausland.

Gerichtsstand ist Schleswig (Sitz des Versicherungsnehmers).

7. Salvatorische Klausel

Die Unwirksamkeit einzelner Vertragsbestimmungen oder von Teilen einzelner Vertragsbestimmungen berührt nicht die Wirksamkeit des übrigen Vertrages bzw. der übrigen Vertragsbestimmungen.