

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherungen nach VVG (AVB/P)

Art. 1 Rechtsgrundlage und Zweck

Die Zusatzversicherungen nach VVG (Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag) bezwecken im Rahmen dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB VVG/P) und den entsprechenden zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) der abgeschlossenen Versicherung den Schutz vor den wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall, sofern mitversichert.

Art. 2 AVB-VVG und Versicherung nach KVG

1. Diese AVB VVG regeln die gemeinsamen Bestimmungen der Zusatzversicherungen nach VVG für Leistungen, welche nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung oder freiwillige Taggeldversicherung nach KVG gedeckt sind. Einzelheiten über Leistungen und Abweichungen von diesen gemeinsamen Bestimmungen sind in den ZVB zu den einzelnen Versicherungen geregelt.

2. Die vorliegenden AVB VVG gelten auch für die Taggeldversicherung, welche auf Grundlage des VVG abgeschlossen wird.

Art. 3 Versicherungsmöglichkeiten

Der Vertrag kann die folgenden Zusatzversicherungen nach VVG umfassen:

- Kombinierte Spitalzusatzversicherung (KOMBI)
- Heilungskostenzusatzversicherung (TIP/TOP)
- Zahnpflegezusatzversicherung (DENTATA)
- Haus- und Heimpflegezusatzversicherung (CASA)
- Einzeltaggeldversicherung (ECONOMA)
- Kollektivtaggeldversicherung (COLLECTIVA-KMU)

Versicherungsträgerin dieser Zusatzversicherungen ist die KPT Versicherungen AG, Bern (KPT).

Auf dem Versicherungsausweis (Police) werden die abgeschlossenen Versicherungen einzeln aufgeführt und die vom Versicherungsnehmer gewählten Deckungsvarianten der einzelnen Versicherungszweige näher bezeichnet. Die Leistungen der jeweiligen Versicherung richten sich nach den betreffenden ZVB, die integrierender Bestandteil des Vertrages sind.

Art. 4 Versicherungsantrag

1. Alle bei der KPT Krankenkasse AG obligatorisch für Krankenpflege Versicherten wie auch andere im Tätigkeitsgebiet der Krankenversicherung wohnhaften Personen, welche dem Versiche-

rungsobligatorium nach KVG unterstellt sind, können einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages stellen.

2. Der Abschluss einer Versicherung kann jederzeit auf den folgenden Monatsersten beantragt werden. Dazu hat der Antragsteller oder dessen gesetzlicher Vertreter das von der Krankenversicherung zur Verfügung gestellte Antragsformular vollständig und wahrheitsgetreu auszufüllen sowie die gewünschte Versicherung und Deckungsvariante klar zu bezeichnen.

3. Besondere Aufnahmebedingungen und das jeweilige Höchstalter für den Abschluss eines Versicherungsvertrages geht aus den entsprechenden ZVB eines jeden Versicherungszweiges hervor.

Art. 5 Versicherungsänderungen

1. Die Versicherungen und Deckungsvarianten können den ändernden Bedürfnissen angepasst, ergänzt, neu aufgeteilt oder kombiniert werden.

2. Anträge auf Vertragsänderung mit erhöhter Deckung gelten als Antrag auf eine neue Versicherung, solche mit niedrigerer Deckung als Kündigung der betreffenden Versicherung. Bei Herabsetzung der Deckung gelten die ordentlichen Kündigungsbestimmungen.

3. Treten in den Rahmenbedingungen für die Versicherung weitreichende Veränderungen ein, wie z. B. neue Kategorien oder markante Erhöhung der Anzahl von zugelassenen Leistungserbringern, Einführung neuer oder Ausbau bestehender medizinischer Leistungsangebote und kostenintensiver Diagnose- oder Therapieformen, so ist der Versicherer berechtigt, die Versicherung anzupassen.

4. Die Änderungen bzw. neuen Versicherungsbedingungen werden dem Versicherungsnehmer schriftlich mitgeteilt. Ist dieser mit der Neuregelung nicht einverstanden, kann er die betroffene Versicherung oder den ganzen Vertrag auf das Datum der Änderung hin kündigen. Erhält die Krankenversicherung innert 30 Tagen keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Vertragsänderung.

Art. 6 Versicherte Personen

Versichert sind die im Antrag und auf dem Versicherungsausweis aufgeführten Personen.

Art. 7 Beginn und Dauer der Versicherung

1. Mit dem Eintreffen des Antrages bei der KPT erteilt diese dem Antragsteller provisorische Deckung für alle Unfälle und Krankheiten, für die er den Nach-

weis erbringen kann, dass sie nicht schon vor diesem Zeitpunkt eingetreten sind.

2. Dieser Sofortschutz gilt jedoch frühestens ab dem im Antrag festgelegten Beginndatum; ist auf drei Monate beschränkt und kann durch die KPT jederzeit widerrufen werden und erlischt in diesem Fall drei Tage nach Eintreffen des Widerrufs beim Antragsteller.

3. Die Prämie ist für die tatsächliche Dauer der Versicherung zu entrichten. Erfolgt kein Widerruf, dauert der provisorische Versicherungsschutz bis zur Aushändigung des Versicherungsausweises an den Versicherten, höchstens drei Monate.

4. Das Versicherungsjahr dauert vom 1. Januar bis zum 31. Dezember eines Kalenderjahres. Der Vertrag verlängert sich nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer und nach jedem folgenden Versicherungsjahr stillschweigend um ein Jahr.

Art. 8 Ende der Versicherung

1. Die einzelnen Versicherungen für die einzelnen Versicherten können unter Einhaltung einer Frist von 1 Monat auf das Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Auf diesen Zeitpunkt erlöschen die betreffenden Versicherungen, ungeachtet der Tatsache, ob ein Versicherter nach Versicherungsende krank ist oder an den Folgen eines während der Versicherungsdeckung erlittenen Unfalles leidet.

2. Die Krankenversicherung verzichtet auf ihr gesetzliches Recht der Kündigung im Schadenfall. Vorbehalten bleibt das Recht auf Vertragsrücktritt oder -auflösung wegen vertragswidrigem Verhalten, insbesondere wegen Anzeigepflichtverletzung, einem Versicherungsbetrug oder einem Versuch dazu.

3. Die einzelne Versicherung erlischt zudem:

- mit dem Tod der versicherten Person;
- mit dem Erreichen der für den Versicherungsschutz vereinbarten Altersgrenze an dem in der Police aufgeführten Datum;
- nach Ablauf der Kündigungsfrist bei ordentlicher Kündigung bzw. mit dem Eintreffen der Kündigung bei der Krankenversicherung bei Kündigung im Schadenfall durch den Versicherungsnehmer;
- mit dem Rücktritt der Krankenversicherung vom Vertrag;
- 14 Tage nach Ablauf der Mahnfrist nach der 2. Mahnung gemäss Art. 21 VVG in Ergänzung zu Art. 10 dieser

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherungen nach VVG (AVB/P)

AVB erfolgt die automatische Kündigung des Vertrages

Art. 9 Örtlicher Geltungsbereich

Wird in den ZVB für die einzelnen Versicherungszweige nicht ausdrücklich eine weitergehende Deckung zugesagt, so gelten nur diejenigen Leistungen als versichert, welche von einem nach KVG zugelassenen Leistungserbringer innerhalb der Schweiz erbracht werden.

Art. 10 Prämienzahlung

Sind nur die beiden Module TIP und/oder TOP versichert, so wird die Prämie zweimonatlich, quartals-, halbjahres oder jahresweise erhoben.

1. Die Prämien sind für die vereinbarte Versicherungsperiode zum Voraus zu bezahlen und spätestens an dem auf der Prämienrechnung aufgeführten Tag fällig.

2. Beginnt oder erlischt die Versicherung im Verlauf eines Kalendermonats, ist die Prämie für den ganzen Monat geschuldet. Die Prämien sind ohne Unterbruch, also auch während Krankheit, Unfall, Mutterschaft, Arbeitsunfähigkeit oder ruhender Anspruchsberechtigung zu entrichten.

3. Kommt der Versicherungsnehmer seiner Prämienzahlungspflicht nicht nach, ruht die Leistungspflicht der Krankenversicherung nach Ablauf einer Frist von 14 Tagen seit Absendung der gesetzlichen 2. Mahnung.

Art. 11 Änderung von Prämien, Franchisen oder Selbstbehalten

1. Grundsätzlich werden die Prämien aufgrund des zivilrechtlichen Wohnsitzes und des Lebensalters der versicherten Person festgelegt. Weitere Abstufungen in Risikogruppen sind möglich. Die Anpassung an das Lebensalter erfolgt jeweils auf den 1. Januar des dem Geburtstag folgenden Jahres automatisch. Sie berechtigt nicht zur ausserordentlichen Kündigung. Massgebend sind die in den einzelnen Prämientarifen festgehaltenen Altersübergänge.

2. Auf den 1. Januar nach vollendetem 18. Altersjahr können die Kinder aus der Familienpolice austreten, und ein allfällig gewährter Familienrabatt entfällt. Solange die Kinder im gleichen Haushalt leben, können sie in der Familienpolice bleiben.

3. Ändert eine versicherte Person ihren Wohnsitz, ist dies der Krankenversicherung vom Versicherungsnehmer umgehend schriftlich mitzuteilen. Die Krankenversicherung kann die Prämien vom Zeitpunkt der Änderung an entsprechend anpassen. Für Prämienänderungen

infolge Wohnsitzwechsel gilt Abs. 4 sinngemäss.

4. Die Prämientarife und Kostenbeteiligungsansätze können aufgrund der Kostenentwicklung und dem Schadenverlauf geändert und die Versicherung auf Beginn des folgenden Jahres entsprechend angepasst werden. Eine solche Änderung der Prämien, Franchisen oder Selbstbehaltsregelungen wird dem Versicherungsnehmer schriftlich mitgeteilt. Ist dieser mit der Neuregelung nicht einverstanden, kann er die betroffenen Versicherungen oder den ganzen Vertrag auf das Datum der Änderung hin kündigen. Erhält die Krankenversicherung innert 30 Tagen keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Neuregelung der Versicherungen.

Art. 12 Anspruch auf Rückerstattung der Prämien

1. Wurden die Prämien für eine bestimmte Versicherungsdauer im Voraus bezahlt und wird der Vertrag aus einem gesetzlich oder vertraglich vorgesehenen Grund vor Ende dieser Dauer aufgehoben, erstattet die Krankenversicherung die auf die nicht abgelaufene Versicherungsperiode entfallende Prämie zurück.

2. Diese Regelung gilt nicht, wenn

- der Versicherungsnehmer den Vertrag im Schadenfall kündigt;
- der Vertrag bei Erlöschen weniger als ein Jahr in Kraft war und der Versicherungsnehmer die Auflösung veranlasst hat;
- wenn die Vertragsauflösung durch die Krankenversicherung aus wichtigen Gründen nach Art. 8 Abs. 2 dieser AVB-VVG zustande kam.

Art. 13 Leistungserbringer und Schweigepflicht

1. Als von der Krankenversicherung anerkannte Leistungserbringer gelten die gemäss KVG und EMR (Erfahrungsmmedizinisches Register) zugelassenen sowie die in den AVB ausdrücklich genannten Personen und Organisationen.

2. Die versicherte Person hat diese Leistungserbringer, welche sie behandeln oder behandelt haben, gegenüber der Krankenversicherung von der Schweigepflicht zu entbinden.

Art. 14 Mitwirkungspflichten

1. Der Versicherte bzw. der Antragssteller bzw. sein gesetzlicher Vertreter hat alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen und ausserdem die Unterlagen zur Verfügung zu halten, die für den Abschluss der Versicherung, die Vorbehalte, die Höherversicherung, die Klärung

der Gesundheitsstörung sowie für die Festsetzung der Versicherungsleistung benötigt werden, insbesondere medizinische Berichte, Gutachten, Röntgenbilder, Belege über Leistungen Dritter. Sie müssen Dritte ermächtigen, solche Unterlagen herauszugeben und Auskunft zu erteilen.

2. Die Krankenversicherung kann auf ihre eigenen Kosten von Medizinalpersonen und anderen Fachleuten Gutachten einholen, insbesondere über den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Versicherten. Der Versicherte hat sich weiteren von der Krankenversicherung angeordneten Abklärungsmassnahmen zu unterziehen, insbesondere zumutbaren Untersuchungen, die der Diagnose und der Bestimmung der Leistungen dienen. Unzumutbar sind medizinische Massnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit des Versicherten darstellen.

3. Der Versicherte ist verpflichtet, seine Leistungsansprüche gegenüber Dritten ordnungsgemäss anzumelden.

4. Leistungszahlungen und Prämienrückerstattungen erfolgen spesenfrei auf ein Bank- oder Postkonto. Verlangt der Versicherte die Auszahlung mittels ASR-Check, wird ihm automatisch eine Bearbeitungs- und Postkonto-Spesengebühr pro Auszahlung belastet, die die Mehrkosten der Krankenversicherung zu decken hat.

5. Der Versicherte hat jeden Unfall innert 10 Tagen, Adress- und Namensänderungen sowie eine Arbeitsunfähigkeit und Todesfälle innert 30 Tagen schriftlich mitzuteilen.

6. Besteht keine obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG mehr, ist dies innert 10 Tagen der Krankenversicherung zu melden. Unterlässt der Versicherte schuldhaft diese Mitteilung, so erlischt der Vertrag, sobald der Krankenversicherung der Tatbestand bekannt ist, rückwirkend auf das Ende des Obligatoriums.

7. Kurverordnungen sind der Krankenversicherung einen Monat vor Antritt der Kur zur Prüfung zuzustellen, ausgenommen in Fällen, in denen die Kur innert 14 Tagen nach einem Akutspitalaufenthalt angetreten wird.

8. Der Versicherte hat die ärztlichen Anordnungen gewissenhaft zu befolgen und alles zu unterlassen, was die Genesung gefährdet oder verzögert. Er darf Leistungserbringer nicht zu unnötigen, unwirtschaftlichen oder unzweckmässigen medizinischen Massnahmen anhalten oder diese selbst veranlassen.

9. Werden die gebotenen Mitwirkungs-, Melde- oder Schadenminderungspflichten

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherungen nach VVG (AVB/P)

ten schuldhaft verletzt und werden dadurch Ausmass oder Feststellung der Krankheits- oder Unfallfolgen beeinflusst, kann die Krankenversicherung ihre Leistungen entsprechend kürzen, es sei denn, der Versicherte oder die anspruchsberechtigte Person beweisen, dass das vertragswidrige Verhalten auf das Ausmass, die Folgen, die Feststellung und Behandlung der Krankheit oder des Unfalles keinen Einfluss hatte.

Art. 15 Leistungsausschlüsse, Einschränkungen und Vorbehalte

1. Von der Versicherungsdeckung ausgeschlossen sind, soweit in den einzelnen Versicherungszweigen nicht ausdrücklich vorgesehen:

- sämtliche nach KVG unwirksamen, unzweckmässigen und unwirtschaftlichen Massnahmen, insbesondere Behandlungen, die nicht der Behebung von Gesundheitsstörungen oder deren Folgen dienen, ausser, wenn damit der drohende Eintritt einer Gesundheitsstörung verhindert wird;
- Behandlungen, für welche der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer in Solothurn, SVK, Einheitstarife vereinbart hat (Fallpauschalen für Organtransplantationen), unabhängig davon, wo die Behandlung erfolgt;
- Behandlungen von Fertilitätsstörungen und kosmetische Behandlungen.

2. Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht ferner für die Behandlung von Gesundheitsschäden und deren Folgen, die sich der Versicherte zugezogen hat bei kriegerischen Ereignissen oder bei Diensten in einer ausländischen Armee;

- im Rahmen einer Flugzeugentführung
- durch die Einwirkung ionisierender und nuklearer Strahlen, ausser infolge einer ärztlich verordneten Strahlenbehandlung, für welche die Krankenversicherung leistungspflichtig ist;
- bei der Teilnahme an Raufereien oder Schlägereien sowie Unruhen aller Art, es sei denn, es wird bewiesen, dass die versicherte Person nicht aktiv oder durch Aufwiegelung beteiligt war;
- bei der vorsätzlichen Ausführung eines Verbrechens/Vergehens oder einem Versuch dazu;
- bei von der SUVA bezeichneten Risikosportarten- und -tätigkeiten.

3. Leistungen können gekürzt oder in schwerwiegenden Fällen verweigert werden;

- bei grobfahrlässiger oder absichtlicher Herbeiführung eines Unfalles oder einer Krankheit, insbesondere bei missbräuchlichem Konsum von Arzneimitteln, Alkohol und anderen Drogen sowie Selbsttötungs- oder Selbstverletzungsversuche;

- bei Gesundheitsschädigungen, die auf ein Wagnis zurückzuführen sind, d. h. wenn sich die versicherte Person einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Ausmass auf ein vernünftiges Mass reduzieren;

- bei schuldhaften, schwerwiegenden Verstössen gegen die Mitwirkungs-, Melde- und Schadenminderungspflichten.

4. In den einzelnen Versicherungszweigen können weitere Leistungen von der Versicherungsdeckung ausgeschlossen oder eingeschränkt werden.

5. Die Krankenversicherung kann für Krankheiten oder Unfallfolgen (Gesundheitsstörungen), die bei Versicherungsbeginn bestehen, oder für frühere Gesundheitsstörungen, die erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen können, einen Vorbehalt anbringen.

6. Wenn der Anzeigepflichtige beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Gefahrentatsache, die er kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat, ist die Krankenversicherung berechtigt, binnen vier Wochen, nachdem sie von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurückzutreten oder nachträglich rückwirkend einen Vorbehalt anzubringen.

7. Ein Vorbehalt kann auf bestimmte oder unbestimmte Zeit angebracht werden und wird der betreffenden Person per Einschreiben mitgeteilt. Dem Versicherten steht es frei, vor Ablauf der Vorbehaltsfrist auf seine Kosten den Nachweis zu erbringen, dass eine durch Vorbehalt ausgeschlossene Gesundheitsstörung kein erhöhtes Risiko mehr darstellt. Dann wird der Vorbehalt aufgehoben.

Art. 16 Versicherung für Neugeborene

Für Heilungskosten kann ein neugeborenes Kind ohne Rücksicht auf seinen Gesundheitszustand auf den Tag der Geburt versichert werden, sofern die Versicherung vor der Geburt abgeschlossen wird.

Art. 17 Überversicherung und Verhältnis zu Leistungen Dritter

1. Dem Versicherten darf aus den Leistungen der Krankenversicherung oder

deren Zusammentreffen mit Leistungen Dritter kein Gewinn erwachsen. Stehen aus mehreren Privatversicherungen Leistungen zu, leistet die Krankenversicherung anteilmässig im Verhältnis, in dem ihre Leistungen zum Gesamtbetrag der vollen Versicherungsleistungen aller Versicherer stehen.

2. Die Krankenversicherung erbringt ihre Leistungen ergänzend zu den Leistungen von haftpflichtigen Dritten und Sozialversicherungen erst dann, wenn der Versicherte sich darüber ausweist, dass der Dritte im Rahmen seiner Haftpflicht geleistet hat oder seine Haftung feststeht. Schliesst der Versicherte ohne vorherige Zustimmung der Krankenversicherung einen Vergleich mit Dritten ab, entfällt die Leistungspflicht der Krankenversicherung.

Art. 18 Verrechnung und Rückforderung

1. Die Krankenversicherung kann ihre Leistungen mit offenen Prämien und Kostenbeteiligungen verrechnen. Dem Versicherten steht kein Anspruch auf Verrechnung zu.

2. Von der Krankenversicherung irrtümlich erbrachte Leistungen sind vom Versicherten auf schriftliche Aufforderung hin zurückzuerstatten. Der Krankenversicherung steht überdies ein Verrechnungsrecht zu.

Art. 19 Abtretung und Verpfändung

Forderungen gegenüber der Krankenversicherung dürfen vom Versicherten weder abgetreten noch verpfändet werden.

Art. 20 Massgebliches Recht

In Ergänzung zu diesen AVB gelten die Bestimmungen der entsprechenden ZVB der jeweiligen Versicherung sowie das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag.

Art. 21 Inkrafttreten

Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen treten am 1. Januar 2015 in Kraft und ersetzen alle früheren Ausgaben.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherungen nach VVG (AVB/P)

Begriffsbestimmungen

1. Krankheit

Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

2. Unfall

Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit zur Folge hat.

3. Körperschädigungen mit Unfalldefinition

Die folgenden Körperschädigungen sind auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt: Knochenbrüche (sofern nicht eindeutig auf eine Erkrankung zurückzuführen), Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrisse, Muskelrisse, Muskelzerrungen, Sehnenrisse, Bandläsionen, Trommelfellverletzungen.

4. Berufskrankheit

Berufskrankheiten, die nach UVG als Unfälle anerkannt sind, gelten ebenfalls als Unfälle.

5. Mutterschaft

Schwangerschaft und Geburt sind der Krankheit gleichgestellt, sofern im Zeitpunkt der Geburt die entsprechende Zusatzversicherung der Mutter bei der Krankenversicherung schon mindestens 270 Tage bestanden hat und für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG ein Versicherungsschutz bei einer Krankenversicherung besteht.

6. Versicherungsfall

Krankheiten, die medizinisch mit früher entschädigten Krankheiten zusammenhängen, werden nur dann als neue Versicherungsfälle behandelt, wenn der Versicherte seit mindestens zwölf Monaten ihretwegen weder arbeitsunfähig noch in ärztlicher Behandlung gewesen ist.

7. Arzt

Der zur Berufsausübung zugelassene, eidgenössisch diplomierte oder durch ein gleichwertiges ausländisches Fähigkeitszeugnis ausgewiesene Arzt und Zahnarzt.

8. Anerkannte Leistungserbringer

Anerkannte Leistungserbringer sind Personen und Einrichtungen, die durch das Krankenversicherungsgesetz bzw.

das EMR (Erfahrungsmedizinisches Register) als solche anerkannt sind.

9. Spitäler

Spitäler sind Institutionen oder deren Abteilungen, die über die behördlichen Bewilligungen verfügen, stationäre Behandlungen akuter Krankheiten oder stationäre Massnahmen medizinischer Rehabilitation vorzunehmen.

10. Haushalthilfen

Haushalthilfen sind nicht im gleichen Haushalt lebende Personen, die anstelle des Versicherten den Haushalt besorgen; oder im gleichen Haushalt lebende Personen, die einen Lohnausfall oder Ferienbezug geltend machen können.

11. Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn man infolge einer Krankheit oder eines Unfalles vorübergehend oder dauernd nicht mehr fähig ist, den Beruf oder eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben. Zumutbar ist eine Tätigkeit, wenn sie den Kenntnissen, Fähigkeiten und den bisherigen Lebenseinstellungen des Versicherten angemessen ist.