

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den Standardtarif

Teil I Musterbedingungen 2009 für den Standardtarif (MB/ST 2009) des Verbandes der Privaten Krankenversicherung

Teil II Allgemeine Tarifbedingungen des Münchener Verein

Präambel

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
- § 8a Beitragsberechnung, -begrenzung, -angleichung und -anpassung
- § 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 des Standardtarifs
- § 19 Wechsel in den Basistarif

Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs

Preis- und Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs für zahntechnische Leistungen

Anhang

Präambel

Aufnahme- und versicherungsfähig sind die in Nr. 1 TB/ST genannten Personen, wenn ihr substitutiver Krankenversicherungsvertrag in einem anderen Tarif als dem Standardtarif vor dem 01. Januar 2009 abgeschlossen worden ist. Der Standardtarif garantiert dem aufnahme- und versicherungsfähigen Privatversicherten, dass er als Einzelperson keinen höheren Beitrag zahlen muss als den Höchstbeitrag der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV); Ehegatten und Lebenspartner zahlen unter bestimmten Voraussetzungen (s. § 8a Abs. 2 MB/ST) insgesamt höchstens 150 v.H. dieses Höchstbeitrags. Für Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, verringert sich der garantierte Höchstbeitrag für Einzelpersonen und Ehegatten und Lebenspartner beihilfesatzkonform, das heißt auf den vom Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteil.

Das Leistungsversprechen des Standardtarifs ist dem der GKV vergleichbar und kann auch künftig angepasst werden (s. Nr. 10 TB/ST). Für Personen mit Beihilfeanspruch werden die den Leistungen der GKV vergleichbaren Leistungen des Standardtarifs in Höhe des vom Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils erbracht. Die im Standardtarif erstattungsfähigen Gebührensätze können durch Verträge zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften einerseits und den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen andererseits geändert werden.

Der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Standardtarifs verwendete Begriff „Lebenspartner“ bezieht sich auf „Lebenspartner“ gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang).

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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 Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

Nr. 1 Tarifstufen, Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit, Nachweispflichten

(1) Der Standardtarif wird in zwei Tarifstufen angeboten:

- Tarifstufe STN
- Tarifstufe STB

(2) Aufnahme- und versicherungsfähig in Tarifstufe STN sind Personen, die bei Krankheit keinen Beihilfeanspruch nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens 10 Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz nach § 146 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG, s. Anhang) verfügen, wenn sie

- a) das 65. Lebensjahr vollendet haben,
- b) das 55. Lebensjahr vollendet haben und ihr jährliches Gesamteinkommen (§ 16 SGB IV, s. Anhang) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 SGB V (s. Anhang) nicht übersteigt,
- c) vor Vollendung des 55. Lebensjahres eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder die Voraussetzungen für diese Rente erfüllen und sie beantragt haben und ihr jährliches Gesamteinkommen (§ 16 SGB IV, s. Anhang) die Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 7 SGB V, s. Anhang) nicht übersteigt. Aufnahmefähig sind auch deren Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Standardtarifversicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach § 10 SGB V (s. Anhang) familienversichert wären.

(3) Aufnahme- und versicherungsfähig in Tarifstufe STB sind Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren im Sinne der Beihilfevorschriften des Bundes oder eines Bundeslandes berücksichtigungsfähige Angehörige, wenn sie über eine Vorversicherungszeit von mindestens 10 Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 146 Abs. 1 VAG, s. Anhang) verfügen und die Voraussetzungen nach Absatz 2 Buchstaben a) und b) erfüllen. Außerdem sind in Tarifstufe STB Personen aufnahme- und versicherungsfähig, die über eine Vorversicherungszeit von mindestens 10 Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 146 Abs. 1 VAG, s. Anhang) verfügen und vor Vollendung des 55. Lebensjahres ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen und deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 SGB IV, s. Anhang) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 SGB V (s. Anhang) nicht übersteigt; dies gilt auch für deren Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Standardtarifversicherten in der GKV nach § 10 SGB V (s. Anhang) familienversichert wären.

(4) Neben dem Standardtarif darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskosten-, Teil- oder Vollversicherung bestehen oder abgeschlossen werden; auch nicht bei einem anderen Versicherungsunternehmen.

(5) Die Voraussetzungen für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit müssen durch die Vorlage von Unterlagen nachgewiesen werden, z.B.:

- aktueller Einkommensteuerbescheid
- Nichtveranlagungsbescheinigung
- Rentenantrag mit Eingangsbestätigung des Rentenversicherungsträgers
- Rentenbescheid bzw. Rentnerausweis
- Bestätigung über Ruhegehaltsbezug nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften
- Bestätigung der Beihilfestelle über Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen
- Bestätigung der Beihilfestelle über Berücksichtigungsfähigkeit von Angehörigen bei der Beihilfe
- Ernennungsurkunde über die Berufung in das Beamtenverhältnis

(6) Ändert sich bei einem Versicherten mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, so hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, dass der Versicherer den Versicherungsschutz in der Tarifstufe STB des Standardtarifs so anpasst,

dass dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung des Beihilfebemessungssatzes bzw. nach Fortfall des Beihilfeanspruchs gestellt, passt der Versicherer den Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung oder Wartezeiten zum Zeitpunkt der Änderung an. Bei nicht fristgemäßer Beantragung erfolgt die Anpassung des Versicherungsschutzes zum 1. des auf die Beantragung folgenden Monats. Soweit der Versicherungsschutz dann höher ist, kann der Versicherer insoweit einen Risikozuschlag verlangen. Der sich mit dem Risikozuschlag ergebende Beitrag darf jedoch die Beitragsbegrenzung nach § 8a Abs. 2 MB/ST nicht übersteigen.

Werden versicherte Personen der Tarifstufe STN beihilfeberechtigt, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach Erlangung des Beihilfeanspruchs anzuzeigen. Ab dem Zeitpunkt der Erlangung des Beihilfeanspruchs wird die Versicherung nach Tarifstufe STB weitergeführt.

Wird der Versicherer nicht fristgemäß informiert, erfolgt die Anpassung des Versicherungsschutzes zum 1. des auf die Kenntnisnahme durch den Versicherer folgenden Monats.

- (7) *War zu Beginn der Versicherung das Risiko durch Vorerkrankungen erhöht, wird bei Versicherten nach Absatz 2 und 3 ein vereinbarter Risikozuschlag bei Fortbestehen der Risikoerhöhung in gleicher prozentualer Höhe auch im Standardtarif erhoben. Ist der Versicherungsschutz des Standardtarifs aber höher oder umfassender als der bisherige, kann insoweit ein Risikozuschlag verlangt werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten einzuhalten. Ein zu Beginn der Versicherung vereinbarter Leistungsausschluss wird bei Fortbestehen der Risikoerhöhung in einen Risikozuschlag umgewandelt. Der sich mit dem Risikozuschlag ergebende Beitrag darf jedoch die Beitragsbegrenzung nach § 8a Abs. 2 MB/ST nicht übersteigen.*

Personen, deren Aufnahme im Standardtarif nach § 257 Abs. 2a Nr. 2c SGB V in der bis 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (s. Anhang) erfolgte, werden für die Dauer der Versicherung nach Tarifstufe STB nicht durch den bei Antragstellung festgestellten und dokumentierten Risikozuschlag belastet.

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 notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen).
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 ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. 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 verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten einzuhalten. Beantragen Personen, deren Aufnahme im Standardtarif nach § 257 Abs. 2a Nr. 2c SGB V in der bis 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (s. Anhang) erfolgte, die Umwandlung der Versicherung nach dem Standardtarif in einen gleichartigen Versicherungsschutz, wird außerdem der zuletzt festgestellte und dokumentierte Risikozuschlag zugrunde gelegt. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 VAG (s. Anhang) ist ausgeschlossen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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 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.

§ 3 Wartezeiten

1. Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

2. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

Sie entfällt

- a) bei Unfällen;
- b) für den Ehegatten oder Lebenspartner 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 auf Grund 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 freie Heilfürsorge.

6. Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitenregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Nr. 2 Wartezeitanrechnung

Auf die Wartezeiten wird die Versicherungszeit in einem Tarif mit substitutivem Versicherungsschutz angerechnet.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

1. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

2. Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

Nr. 3a Psychotherapie

Bei ambulanter oder bei stationärer Psychotherapie wird geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben hat und die Therapie von einem niedergelassenen approbierten Arzt mit einer Zusatzausbildung auf dem Gebiet der Psychotherapie oder einem in eigener Praxis tätigen und im Arztregister eingetragenen nichtärztlichen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführt wird.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Psychotherapie durch andere Behandelnde.

Nr. 3b Zahntechnik (Material- und Laborkosten)

Erstattungsfähig sind nur die im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Standardtarifs (Anlage) ausgewiesenen zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien sowie die im Tarif genannten Leistungen.

3. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

Nr. 3c Definitionen

- (1) ***Als Arzneimittel gelten nicht: Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Geheimmittel, Mineralwässer, kosmetische Mittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege, Badezusätze, Mittel zur Potenzsteigerung, zur Gewichtsreduzierung oder gegen androgenetisch bedingten Haarausfall sowie sonstige Mittel, für die die GKV keine Leistungen vorsieht.***

Nicht erstattungsfähig sind bei Versicherten, die das 12. Lebensjahr vollendet haben, Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel. Dieser Leistungsausschluss gilt nicht

- für versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen und
- für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§§ 91 Abs. 1, 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, s. Anhang) aufgeführt sind und daher zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können.

- (2) ***Erstattungsfähige Heilmittel sind nur die im Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs (Anlage) ausgewiesenen physikalisch-medizinischen Leistungen, soweit sie vom in eigener Praxis tätigen Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister, Krankengymnasten oder Physiotherapeuten ausgeführt werden.***

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für sonstige Leistungen (wie z.B. Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder) sowie Mehraufwendungen für die Behandlung in der Wohnung der versicherten Person.

- (3) ***Erstattungsfähige Heilmittel sind auch Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen, soweit sie im Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs aufgeführt sind und von einem Logopäden ausgeführt werden.***

- (4) **Der Anspruch auf Versorgung mit Hörgeräten, Krankenfahrstühlen und anderen Hilfsmitteln umfasst die Aufwendungen für das Ausleihen, die Reparatur sowie die Unterweisung im Gebrauch, nicht aber für Wartung, Gebrauch und Pflege.**

Ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Kosten für Brillengläser besteht nur bei einer ärztlich festgestellten Änderung der Sehfähigkeit – bezogen auf ein Auge – um mindestens 0,5 Dioptrien. Aufwendungen für Brillengestelle sind nicht erstattungsfähig.

4. 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.

Nr. 3d Einschränkung

Die freie Krankenhauswahl beschränkt sich auf solche öffentlichen und privaten Krankenhäuser, die der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen.

5. 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.
6. 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 erfolgversprechend 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.
7. 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.
8. 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.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht
- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse 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 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 Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - f) für Behandlung durch Ehegatten, Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - g) 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 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.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

Nr. 4 Nachweise

- (1) **Es sind Rechnungsurschriften oder deren beglaubigte Zweitschriften mit einer Bestätigung eines anderen Kostenträgers über die gewährten Leistungen einzureichen.**

Die Belege der Behandelnden müssen Namen und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung, die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Bezeichnung und Nummer gemäß der angewandten Gebührenordnung, die gesondert berechnungsfähigen Auslagen sowie die jeweiligen Behandlungsdaten enthalten.

- (2) **Arzneimittelverordnungen sind zusammen mit der dazugehörigen Rechnung des Behandelnden einzureichen, es sei denn, dass die Krankheitsbezeichnung auf der Verordnung vom Behandelnden vermerkt ist. Der Preis für die bezogenen Arzneimittel muss durch Stempelaufdruck der Apotheke mit Datumsangabe quittiert sein. Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sind zusammen mit den Verordnungen der Behandelnden einzureichen. Die Verordnungen müssen den Namen der behandelten Person enthalten.**

- (3) **Die geforderten Nachweise sollen spätestens bis zum 31.3. des auf die Rechnungsstellung folgenden Jahres eingereicht werden.**

2. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (s. 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 einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

Nr. 5 Wechselkurs

Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

5. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

Nr. 6 Kosten

Überweisungskosten werden nur abgezogen, wenn auf Verlangen des Versicherungsnehmers eine Überweisung in das Ausland erfolgt oder eine besondere Überweisungsform gewünscht wird. Übersetzungskosten werden nicht abgezogen.

6. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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 – s. 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 01. 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 Betrag wird mit 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz verzinst.

4. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, 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 Beitragsanteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
6. Ist der Versicherungsnehmer im Standardtarif 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 (s. 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 (s. 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.

Nr. 7 Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je Mahnung 5 Euro.

7. 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 auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (s. 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.
8. Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung, -begrenzung, -angleichung und -anpassung

1. Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

Nr. 8 Eintrittsalter

- (1) **Die Höhe des Tarifbeitrags richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Verträge über den Standardtarif, dessen Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den Standardtarif und dem Geburtsjahr. Der Tatsache, dass das Eintrittsalter der versicherten Person in die Krankheitskostenversicherung, aus der sie in den Standardtarif wechselt, niedriger gewesen ist, wird in der Weise Rechnung getragen, dass die Alterungsrückstellung anzurechnen ist. Dabei darf der neue Beitrag den halben niedrigsten Erwachsenenbeitrag (Frauen, Männer) der versicherten Leistungsstufe nicht unterschreiten. Die Differenzierung des Beitrags für Erwachsene nach dem Geschlecht gilt nicht für Verträge über den Standardtarif, dessen Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.**

- (2) **Für Kinder und Jugendliche richtet sich der Beitrag nach dem jeweils vollendeten Lebensjahr. Nach Vollendung des 16. Lebensjahres wird vom folgenden Monatsersten an der Jugendlichenbeitrag (Frauen, Männer) der versicherten Leistungsstufe und nach Vollendung des 21. Lebensjahres wird vom folgenden Monatsersten an der Erwachsenenbeitrag (Frauen, Männer) der versicherten Leistungsstufe berechnet.**

2. Der zu zahlende Beitrag ist für Einzelpersonen begrenzt auf die Höhe des Höchstbeitrages der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt auf 150 v. H. des Höchstbeitrages der GKV, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt. In die Beitragsbegrenzung wird bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten auch der Beitrag für eine Krankentagegeldversicherung einbezogen, soweit sie Leistungen von höchstens 70 v. H. der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV frühestens ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit vorsieht.

Der Höchstbeitrag der GKV bemisst sich nach dem allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245 SGB V, s. Anhang) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3 SGB V, s. Anhang).

Für Personen mit Beihilfeanspruch sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige ist der zu zahlende Beitrag nach Satz 1 begrenzt auf den durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteil des Höchstbeitrages der GKV gemäß Satz 3. Der für die Beitragsbegrenzung maßgebliche Beihilfesatz ist der nach den jeweiligen Beihilfe-

bestimmungen gültige Beihilfebemessungssatz; abweichende Beihilfebemessungssätze für einzelne Arten beihilfefähiger Aufwendungen bleiben hier außer Betracht.

Die Voraussetzungen für die Beitragsbegrenzung sind nachzuweisen

Der Wegfall der Voraussetzungen für die Beitragsbegrenzung bei Ehegatten oder Lebenspartnern durch

- Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze
- Tod eines Ehegatten oder Lebenspartners
- Scheidung
- Beendigung des Standardtarifs für einen Ehegatten oder Lebenspartner

ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen; dieser ist dann berechtigt, ab dem Zeitpunkt des Wegfalls die Beitragsbegrenzung für Einzelpersonen anzuwenden. Unabhängig von der Anzeigepflicht kann der Versicherer in regelmäßigen Abständen die Berechtigung zur Inanspruchnahme der Beitragsbegrenzung überprüfen; hierfür kann der Versicherer auch die Vorlage des Steuer- und des Rentenbescheides verlangen.

Sind die Ehegatten oder Lebenspartner nicht bei demselben Versicherer versichert, wird von jedem Ehegatten oder Lebenspartner die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrags erhoben. Liegt der individuelle Beitrag eines Versicherten jedoch niedriger als die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrags, so wird der gesamte Kappungsbeitrag dem anderen Ehegatten oder Lebenspartner zugerechnet.

Die Differenz zwischen dem zu zahlenden und dem nach den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulatorisch notwendigen Beitrag wird durch einen Zuschuss des Versicherers ausgeglichen.

3. Ändert sich der Höchstbeitrag der GKV, wird bei Versicherten, die einen Zuschuss des Versicherers gemäß Absatz 2 letzter Satz erhalten, eine Beitragsangleichung auf den kalkulatorisch notwendigen Beitrag vorgenommen, höchstens jedoch bis zur Höhe des neuen Höchstbeitrages der GKV. Absatz 2 Satz 1 und 3 gelten entsprechend.
4. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Schadenwahrscheinlichkeit) oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend werden jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten verglichen. Dies geschieht jeweils getrennt für jede Beobachtungseinheit der Tarifstufen STN und STB anhand der jeweiligen Gemeinschaftsstatistik gemäß den Festlegungen in den technischen Berechnungsgrundlagen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Veränderung der Schadenwahrscheinlichkeit von mehr als 10 v. H. bzw. der Sterbewahrscheinlichkeit von mehr als 5 v. H., so werden die Beiträge der betroffenen Beobachtungseinheiten überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst. Bei einer Veränderung der Schadenwahrscheinlichkeit von mehr als 5 v. H. können die Beiträge der betroffenen Beobachtungseinheit überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst werden. Von einer solchen Beitragsanpassung wird abgesehen, wenn die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
5. Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung und besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend dem erforderlichen Beitrag ändern.
6. 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 Verträge über den Standardtarif, dessen 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 angeordnet 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 in dem Umfang ausgeschlossen, in dem eine Alterungsrückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis zu bilden ist.

7. Beitragsangleichungen (s. Absatz 3) werden zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des geänderten Höchstbeitrages der GKV wirksam.

Beitragsanpassungen (s. Absatz 4) und Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen (s. Absatz 5) werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 9 Obliegenheiten

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, der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs sowie für die Beitragseinstufung der versicherten Personen erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
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.

Nr. 9 Keine Zusatzversicherung

Neben dem Standardtarif darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskosten-Teil- oder Vollversicherung bestehen oder abgeschlossen werden; auch nicht bei einem anderen Versicherungsunternehmen. Besteht gleichwohl eine solche Versicherung, entfällt für die Dauer dieser Versicherung die Begrenzung des Höchstbeitrages auf den Höchstbeitrag der GKV gemäß § 8a Abs. 2.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
2. Wird die in § 9 Abs. 5 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (s. Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang) dient, 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 Obliegenheiten bei Ansprüchen gegen Dritte

1. Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (s. 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 Durchsetzung 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 auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

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

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 eine Krankheitskostenvollversicherung 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 Fall 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 (§ 8a) oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an 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. Die Kündigung des Standardtarifs nach den Absätzen 1, 2, 4, 5 und 6 setzt 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. 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.
9. Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

1. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
2. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben für den Fall unberührt, dass dem Versicherer unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls und unter Abwägung der beiderseitigen Interessen, insbesondere der Verpflichtung gemäß § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG (s. Anhang), die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses nicht zugemutet werden kann.
3. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
4. Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 8 Satz 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

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.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

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 Wohnort 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 des Standardtarifs

1. Die Muster- und Tarifbedingungen des Standardtarifs können gemäß § 314 Abs. 2 Satz 1 SGB V (s. Anhang) aufgrund einer Vereinbarung zwischen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und dem Verband der Privaten Krankenversicherung mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, geändert werden, soweit sie Bestimmungen über Versicherungsschutz, Pflichten des Versicherungsnehmers, sonstige Beendigungsgründe, Willenserklärungen und Anzeigen sowie Gerichtsstand betreffen. Änderungen nach Satz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde ein anderer Zeitpunkt bestimmt ist.

Nr. 10 Leistungsänderung

Der Standardtarif sieht Leistungen vor, die den Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) jeweils vergleichbar sind. Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 Abs. 1 MB/ST berechtigt, die tariflichen Leistungen mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den Leistungen der GKV anzupassen. Dabei können auch im Tarif genannte betraglich festgelegte Zuzahlungen des Versicherten, betraglich festgelegte Zuschüsse des Versicherers und erstattungsfähige Höchstbeträge bei Anhebung und bei Absenkung der entsprechenden Leistungsgrenzen der GKV angeglichen werden. Die nach dem Standardtarif erstattungsfähigen Gebührensätze können durch Verträge zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften einerseits

und den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen andererseits ganz oder teilweise abweichend geregelt werden.

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 Vertrages 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. 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 Basistarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Der Wechsel ist jederzeit möglich; die Versicherung im Basistarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Basistarif folgt.

Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs

| Leistung | | erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro |
|----------|--|--------------------------------------|
|----------|--|--------------------------------------|

I. Inhalationen

| | | |
|-----|--|------|
| 001 | Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Einzelinhalation | 6,70 |
|-----|--|------|

II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen

| | | |
|------|---|-------|
| 002 | Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung – einschl. der erforderlichen Massage – | 19,50 |
| 003 | Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten | 23,10 |
| 004 | Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen, als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten | 34,30 |
| 005 | Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Pers.) – auch orthopädisches Turnen –, je Teilnehmer | 6,20 |
| 006 | Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Pers.), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer | 10,80 |
| 007 | Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Pers.) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer | 10,80 |
| 007a | Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten | 34,30 |
| 008 | Bewegungsübungen | 7,70 |
| 009 | Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung – einschl. der erforderlichen Nachruhe – | 23,60 |
| 010 | Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Pers.), je Teilnehmer – einschl. der erforderlichen Nachruhe – | 11,80 |
| 011 | Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten | 22,50 |
| 012 | Chirogymnastik – einschl. der erforderlichen Nachruhe – | 14,40 |
| 013 | Erweiterte ambulante Physiotherapie, Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag | 81,90 |
| 015 | Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschiene) | 5,20 |
| 016 | Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) | 6,70 |

III. Massagen

| | | |
|-----|---|-------|
| 017 | Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Perio-, Bürsten- und Colonmassage) | 13,80 |
| 018 | Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder | |
| | a) Großbehandlung, mindestens 30 Minuten | 19,50 |
| | b) Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten | 29,20 |
| | c) Kompressionsbandagierung einer Extremität | 8,70 |
| 019 | Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min. sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung – einschl. der erforderlichen Nachruhe – | 23,10 |

IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder

| | | |
|-----|--|-------|
| 020 | Heiße Rolle – einschl. der erforderlichen Nachruhe – | 10,30 |
| 021 | Wampackung eines oder mehrerer Körperteile – einschl. der erforderlichen Nachruhe – bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm) | 11,80 |
| 022 | An- und absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe) – einschl. der erforderliche Nachruhe – | 12,30 |
| 023 | Wechsel-Teilbad – einschl. der erforderlichen Nachruhe – | 9,20 |
| 025 | Medizinische Bäder mit Zusätzen | |
| | a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vegetabilische Extrakte, ätherischer Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze | 6,70 |
| | b) Sitzbad mit Zusatz – einschl. der erforderlichen Nachruhe – | 13,30 |
| | c) weitere Zusätze, je Zusatz | 3,10 |
| 026 | Gashaltige Bäder | |
| | a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) – einschl. der erforderlichen Nachruhe – | 19,50 |
| | b) Gashaltiges Bad mit Zusatz – einschl. der erforderlichen Nachruhe – | 22,50 |
| | c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) – einschl. der erforderlichen Nachruhe | 21,00 |

Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs

| Leistung | | erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro |
|----------|--|--------------------------------------|
|----------|--|--------------------------------------|

V. Kälte- und Wärmebehandlung

| | | |
|------|--|------|
| 027 | Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung) | 9,80 |
| 027a | Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft) | 6,70 |
| 028 | Eisteilbad | 9,80 |
| 029 | Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler – auch Infrarot –) eines oder mehrerer Körperteile | 5,70 |

VI. Elektrotherapie

| | | |
|-----|---|-------|
| 030 | Ultraschallbehandlung – auch Phonophorese | 6,20 |
| 031 | Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen) | 6,20 |
| 032 | Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation) | 6,20 |
| 033 | Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen | 11,80 |
| 034 | Iontophorese | 6,20 |
| 035 | Zwei- oder Vierzellenbad | 11,30 |
| 036 | Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad), auch mit Zusatz – einschl. der erforderlichen Nachruhe – | 22,00 |

VII. Lichttherapie

| | | |
|-----|--|------|
| 037 | Behandlung mit Ultraviolettlicht | |
| | a) als Einzelbehandlung | 3,10 |
| | b) in einer Gruppe, je Teilnehmer | 2,60 |
| 038 | a) Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultraviolettlicht | 3,10 |
| | a) Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht | 5,20 |
| 039 | Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes | 6,20 |
| 040 | Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder | 8,70 |

VIII. Logopädie

| | | |
|------|--|-------|
| 041 | Erstgespräch mit Behandlungsplanung und –besprechungen, einmal je Behandlungsfall | 31,70 |
| 042 | Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschl. Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal pro Behandlungsfall | 49,60 |
| 042a | Ausführlicher Bericht | 11,80 |
| 043 | Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen | |
| | a) Mindestdauer 30 Minuten | 31,70 |
| | b) Mindestdauer 45 Minuten | 41,50 |
| | c) Mindestdauer 60 Minuten | 52,20 |
| 044 | Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer | |
| | a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten | 14,90 |
| | b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten | 17,40 |

Preis- und Leistungsverzeichnis des Standardtarifs für zahntechnische Leistungen

| Leistung | | erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro |
|----------|--|---|
| 001 0 | Modell | 6,67 |
| 001 8 | Modell bei Implantatversorgung | 6,67 |
| 002 1 | Doublieren eines Modells | 17,28 |
| 002 2 | Platzhalter einfügen | 14,10 |
| 002 3 | Verwendung von Kunststoff | 14,10 |
| 002 4 | Galvanisieren | 14,10 |
| 003 0 | Set-up je Segment | 10,56 |
| 005 1 | Sägemodell | 10,69 |
| 005 2 | Einzelstumpfmmodell | 10,69 |
| 005 3 | Modell nach Überabdruck | 10,69 |
| 005 4 | Set-up-Modell für KFO | 11,55 |
| 005 5 | Fräsmmodell | 10,69 |
| 006 0 | Zahnkranz | 5,42 |
| 007 0 | Zahnkranz sockeln | 5,74 |
| 011 1 | Modellpaar trimmen | 10,13 |
| 011 2 | Fixator | 8,69 |
| 012 0 | Mittelwertartikulator | 9,79 |
| 012 8 | Mittelwertartikulator bei Implantatversorg. | 9,79 |
| 013 0 | Modelpaar sockeln | 26,09 |
| 020 1 | Basis für Vorbissnahme | 9,05 |
| 020 2 | Basis für Konstruktionsbiss | 12,02 |
| 021 1 | individueller Löffel | 22,79 |
| 021 2 | Funktionslöffel | 22,79 |
| 021 3 | Basis für Bissregistrierung | 22,79 |
| 021 4 | Basis für Stützstiftregistrierung | 22,79 |
| 021 5 | Basis für Aufstellung | 22,79 |
| 021 6 | Basis für Bissregistr. bei Implantatversorg. | 22,79 |
| 021 8 | Basis für Aufstellung bei Implantatversorg. | 22,79 |
| 022 0 | Bisswall | 6,57 |
| 022 8 | Bisswall bei Implantatversorgung | 6,57 |
| 023 0 | Registrierplatte und -stift auf Basen | 29,28 |
| 024 0 | Übertragungskappe Kunststoff/Metall | 25,08 |
| 031 0 | Provisorische Krone/Brückenglied | 33,52 |
| 032 0 | Formteil | 18,17 |
| | | |
| 101 3 | Wurzelstiftkappe | 78,13 |
| 102 1 | Vollkrone/Metall | 83,98 |
| 102 2 | Teilkkrone/Metall | 83,98 |
| 102 3 | Flügel für Adhäsivbrücke, je Flügel | 82,22 |
| 102 4 | Krone für vestibuläre Verblendung | 83,29 |
| 102 6 | Vollkrone/Metall bei Implantatv. | 83,98 |
| 102 8 | Krone für vestib. Verbl. bei Implantatv. | 83,29 |
| 103 1 | Vorbereiten Krone | 14,02 |
| 103 2 | Krone/Brückenglied einarbeiten | 14,02 |
| 103 3 | Stiftaufbau einarbeiten | 14,02 |
| 104 0 | Modellation gießen | 18,26 |
| 105 0 | Stiftaufbau | 55,25 |
| 110 0 | Brückenglied | 60,09 |
| 120 0 | Teleskopierende Krone | 261,65 |
| 120 1 | Teleskopierende Primär- o. Sekundärkrone | 174,60 |
| 133 1 | Individuelles Geschiebe | 218,62 |
| 134 1 | Konfektions-Geschiebe | 108,34 |
| 134 3 | Konfektions-Anker | 108,34 |
| 134 7 | Primär-/Sek.-Teil Konfektions-Anker | 72,08 |
| 134 9 | Wiederbefestigung Sekundärteil | 72,08 |
| 136 0 | Gefrästes Lager | 52,07 |
| 137 0 | Schubverteilungsarm | 39,04 |
| 150 0 | Metallverbindung nach Brand | 29,11 |
| 155 0 | Konditionierung je Zahn/Flügel | 13,87 |
| 160 0 | Vestibuläre Verblendung Kunststoff | 47,55 |
| 161 0 | Zahnfleisch Kunststoff | 15,13 |
| 162 0 | Vestibuläre Verblendung Keramik | 97,67 |
| 162 8 | Vestibuläre Verbl. Keramik bei Implantatv. | 97,67 |
| 163 0 | Zahnfleisch Keramik | 34,91 |
| 163 8 | Zahnfleisch Keramik bei Implantatv. | 34,91 |
| 164 0 | Vestibuläre Verblendung Komposit | 74,34 |

Preis- und Leistungsverzeichnis des Standardtarifs für zahntechnische Leistungen

| Leistung | | erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro |
|----------|--|---|
| 165 0 | Zahnfleisch Komposit | 20,16 |
| 201 0 | Metallbasis | 141,98 |
| 202 1 | Einarmige gegossene Haltevorrichtung | 12,16 |
| 202 5 | Kralle | 12,16 |
| 202 6 | Ney-Stiel | 12,16 |
| 202 7 | Auflage | 12,16 |
| 202 8 | Umgebungsbügel bei Diastema | 12,16 |
| 203 1 | Zweiarmige gegossene Haltevorrichtung | 22,27 |
| 204 1 | Zweiarmige gegossene Halte- und Stützvorrichtung mit Auflage | 30,08 |
| 205 0 | Bonwillklammer | 54,87 |
| 208 1 | Rückenschutzplatte | 39,72 |
| 208 2 | Metallzahn, gegossen | 39,72 |
| 208 3 | Metallkauffläche, gegossen | 39,72 |
| 210 0 | Lösungshilfe | 11,49 |
| 211 0 | Unterfütterbarer Abschlussrand | 18,33 |
| 212 0 | Zuschlag einzelne gegossene Klammer | 19,06 |
| 301 0 | Aufstellung Grundeinheit | 29,91 |
| 301 8 | Aufstellung Grundeinh. bei Implantatv. | 29,91 |
| 302 0 | Aufst. Wachs- oder Kunststoff je Zahn | 1,80 |
| 302 8 | Aufst. Wachs- oder Kunststoff je Zahn bei Implantatv. | 1,80 |
| 303 0 | Aufstellen Metall je Zahn | 2,36 |
| 341 0 | Übertragung je Zahn | 1,48 |
| 361 0 | Fertigstellung Grundeinheit | 50,23 |
| 361 8 | Fertigst. Grundeinheit bei Implantatv. | 50,23 |
| 362 0 | Fertigstellen je Zahn | 3,23 |
| 362 8 | Fertigstellen je Zahn bei Implantatv. | 3,23 |
| 380 0 | Einfache gebogene Halte- /Stützvor. | 9,91 |
| 380 5 | Gebogene Auflage | 9,91 |
| 381 0 | Sonstige geb. Halte- und/oder Stützvor. | 16,76 |
| 382 1 | Weichkunststoff | 54,23 |
| 382 2 | Sonderkunststoff | 54,23 |
| 383 0 | Zahn zahnfarbe hergestellt | 22,75 |
| 384 0 | Zahn zahnfarbe hinterlegt | 11,94 |
| 401 0 | Aufbissbehelf m. adj. Oberfläche | 133,01 |
| 402 0 | Aufbissbehelf o. adj. Oberfläche | 78,96 |
| 403 0 | Umarbeiten zum Aufbissbehelf | 54,91 |
| 404 0 | Semipermanente Schiene/Metall, je Zahn | 55,40 |
| 701 0 | Basis für Einzelkiefergerät | 60,94 |
| 702 0 | Basis bimaxilläres Gerät | 128,74 |
| 703 0 | Schiefe Ebene | 50,95 |
| 704 0 | Vorhofplatte | 66,93 |
| 705 0 | Kinnkappe | 60,22 |
| 710 0 | Aufbiss | 12,02 |
| 711 0 | Abschirmelement | 20,49 |
| 712 1 | Weichkunststoff (KFO) | 53,75 |
| 712 2 | Sonderkunststoff (KFO) | 53,75 |
| 720 0 | Schraube einarbeiten | 18,30 |
| 721 0 | Spezial-Schraube einarbeiten | 27,15 |
| 722 0 | Trennen einer Basis | 7,54 |
| 730 0 | Labialbogen | 23,38 |
| 731 0 | Labialbogen modifiziert | 31,96 |
| 732 0 | Labialbogen intermaxillär | 36,03 |
| 733 0 | Feder, offen | 10,31 |
| 734 0 | Feder, geschlossen | 13,08 |
| 740 0 | Verbindungselement/intramaxillär | 27,15 |
| 741 0 | Verbindungselement/intermaxillär | 30,05 |
| 742 0 | Verankerungselement | 24,88 |
| 743 0 | Einzelelement einarbeiten | 12,88 |
| 744 0 | Metallverbindung (KFO) | 18,02 |
| 750 0 | Einarmiges H-/A-Element | 11,16 |
| 751 0 | Mehrmarmiges H-/A-Element | 19,13 |

Preis- und Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs für zahntechnische Leistungen

| Leistung | | erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro |
|----------|---|---|
| 801 0 | Grundeinheit ZE | 19,36 |
| 801 8 | Grundeinh. Instands. ZE/Implantatgest. | 19,36 |
| 802 1 | LE Sprung | 8,34 |
| 802 2 | LE Bruch | 8,34 |
| 802 3 | LE Einarbeiten Zahn | 8,34 |
| 802 4 | LE Basisteil Kunststoff | 8,34 |
| 802 5 | LE Halte- und/oder Stützvor. einarbeiten | 8,34 |
| 802 6 | LE Rückenschutzpalte einarbeiten | 8,34 |
| 802 7 | LE Kunststoffsaattel | 8,34 |
| 803 0 | Retention, gebogen | 36,27 |
| 804 0 | Retention, gegossen | 45,82 |
| 806 0 | Gegossenes Basisteil | 69,42 |
| 807 0 | Metallverb. bei Instands./Erweiterung | 18,17 |
| 808 0 | Teilunterfütterung einer Basis | 35,57 |
| 808 8 | Teilunterfütterung/implantatgest. | 35,57 |
| 809 0 | Vollständige Unterfütterung | 56,91 |
| 809 8 | Vollst. Unterfütterung/implantatgest. | 56,91 |
| 810 0 | Prothesenbasis erneuern | 69,64 |
| 810 8 | Prothesenbasis erneuern/Implantatv. | 69,64 |
| 813 0 | Auswechseln Konfektionsteil | 12,20 |
| 820 0 | Instands. Krone/Flügel/Brückenglied | 35,80 |
| 820 8 | Instands. Krone/implantatgest. | 35,80 |
| 861 0 | Grundeinheit/Instands. KFO oder Aufbissbehelf | 20,76 |
| 862 0 | LE Einfügen Regulierungs- oder Halteelement | 8,58 |
| 863 0 | LE Erneuerung eines Elementes/intermaxillär | 15,02 |
| 864 0 | KFO-Basis erneuern | 75,94 |
| 870 0 | Remontieren KO-Gerät | 54,72 |
| | | |
| 933 0 | Versandkosten | 5,99 |
| 933 8 | Versandkosten bei Implantatv. | 5,99 |
| 970 0 | Verarbeitungsaufwand NEM-Legierung | 13,56 |
| | | |
| S0020 | Remontage-Modell | 25,94 |
| S0401 | Montage eines Modellpaares in Fixator | 10,39 |
| S0402 | Montage in Mittelwertartikulator | 12,48 |
| S0404 | Modellmontage in individuellen Artikulator | 13,51 |
| S0407 | Montage eines Gegenkiefermodells | 7,66 |
| S0408 | Einstellen nach Registrat | 8,31 |
| S2301 | Gussfüllung indirekt einflächig | 48,44 |
| S2302 | Gussfüllung indirekt zweiflächig | 56,82 |
| S2303 | Gussfüllung indirekt dreiflächig | 66,94 |
| S2304 | Gussfüllung indirekt mehrflächig | 70,68 |
| S2307 | Gussonlay | 70,68 |

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den Standardtarif - Anhang

Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

§ 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 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.

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
 1. die Prämien auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstabellen und anderen einschlägigen statistischen Daten zu berechnen sind, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit, zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos und zur Stornowahrscheinlichkeit sowie unter Berücksichtigung von Sicherheits- und sonstigen Zuschlägen sowie eines Rechnungszinses,
 2. die Alterungsrückstellung nach § 341f des Handelsgesetzbuches zu bilden ist,
 3. in dem Versicherungsvertrag das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsunternehmens ausgeschlossen sein muss, in der Krankentagegeldversicherung spätestens ab dem vierten Versicherungsjahr, sowie eine Erhöhung der Prämien vorbehalten sein muss,
 4. dem Versicherungsnehmer in dem Versicherungsvertrag das Recht auf Vertragsänderungen durch Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung einzuräumen ist,
 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 und
 6. dem Interessenten vor Abschluss des Vertrags ein amtliches Informationsblatt der Bundesanstalt auszuhändigen ist, welches über die verschiedenen Prinzipien der gesetzlichen sowie der privaten Krankenversicherung aufklärt; der Empfang des Informationsblattes ist von dem Interessenten zu bestätigen.

§ 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 Aufwundererstattung 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.

Sozialgesetzbuch (SGB) Viertes Buch (IV) – SGB IV

§ 16 Gesamteinkommen

Gesamteinkommen ist die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts; es umfasst insbesondere das Arbeitsentgelt und das Arbeitseinkommen.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - SGB V

§ 6 Versicherungsfreiheit

- (7) Abweichend von Absatz 6 Satz 1 beträgt die Jahresarbeitsentgeltgrenze für Arbeiter und Angestellte, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der an diesem Tag geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren, im Jahr 2003 41.400 Euro. Absatz 6 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

§ 10 Familienversicherung

- (1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen
1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
 2. nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 3 bis 8, 11 oder 12 oder nicht freiwillig versichert sind,
 3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind; dabei bleibt die Versicherungsfreiheit nach § 7 außer Betracht,
 4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
 5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro.

Eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit im Sinne des Satzes 1 Nr. 4 ist nicht deshalb anzunehmen, weil eine Versicherung nach § 1 Abs. 3 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891) besteht. Das Gleiche gilt bis zum 31. Dezember 2018 für eine Tagespflegeperson, die bis zu fünf gleichzeitig anwesende, fremde Kinder in Tagespflege betreut. Ehegatten und Lebenspartner sind für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes sowie der Elternzeit nicht versichert, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren.

- (2) Kinder sind versichert
1. bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,
 2. bis zur Vollendung des dreiundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
 3. bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder Bundesfreiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das fünfundzwanzigste Lebensjahr hinaus, dies gilt ab dem 1. Juli 2011 auch bei einer Unterbrechung oder Verzögerung durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten,
 4. ohne Altersgrenze, wenn sie als behinderte Menschen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war.
- (3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.
- (4) Als Kinder im Sinne der Absätze 1 bis 3 gelten auch Stiefkinder und Enkel, die das Mitglied überwiegend unterhält, sowie Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 des Ersten Buches). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht mehr als Kinder der leiblichen Eltern. Stiefkinder im Sinne des Satzes 1 sind auch die Kinder des Lebenspartners eines Mitglieds.
- (5) Sind die Voraussetzungen der Absätze 1 bis 4 mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.
- (6) Das Mitglied hat die nach den Absätzen 1 bis 4 Versicherten mit den für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben sowie die Änderung dieser Angaben an die zuständige Krankenkasse zu melden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldung nach Satz 1 ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke fest.
- ### **§ 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung**
- (3a) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben auch die ärztliche Versorgung der in den brancheneinheitlichen Standardtarifen nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 314 und nach § 257

Abs. 2a in Verbindung mit § 315 sowie dem brancheneinheitlichen Basistarif nach § 152 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes und dem Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes Versicherten mit den in diesen Tarifen versicherten ärztlichen Leistungen sicherzustellen. Solange und soweit nach Absatz 3b nichts Abweichendes vereinbart oder festgesetzt wird, sind die in Satz 1 genannten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen nach § 121 nach der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte mit der Maßgabe zu vergüten, dass Gebühren für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte genannten Leistungen sowie für die Leistung nach Nummer 437 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte nur bis zum 1,16fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte, Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte genannten Leistungen nur bis zum 1,38fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte, Gebühren für die übrigen Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte nur bis zum 1,8fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte und Gebühren für die Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte nur bis zum 2fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnet werden dürfen. Für die Vergütung von in den §§ 115b und 116b bis 119 genannten Leistungen gilt Satz 2 entsprechend, wenn diese für die in Satz 1 genannten Versicherten im Rahmen der dort genannten Tarife erbracht werden.

(3b) Die Vergütung für die in Absatz 3a Satz 2 genannten Leistungen kann in Verträgen zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung einheitlich mit Wirkung für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften mit den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ganz oder teilweise abweichend von den Vorgaben des Absatzes 3a Satz 2 geregelt werden. Für den Verband der privaten Krankenversicherung gilt § 158 Absatz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes entsprechend. Wird zwischen den Beteiligten nach Satz 1 keine Einigung über eine von Absatz 3a Satz 2 abweichende Vergütungsregelung erzielt, kann der Beteiligte, der die Abweichung verlangt, die Schiedsstelle nach Absatz 3c anrufen. Diese hat innerhalb von drei Monaten über die Gegenstände, über die keine Einigung erzielt werden konnte, zu entscheiden und den Vertragsinhalt festzusetzen. Die Schiedsstelle hat ihre Entscheidung so zu treffen, dass der Vertragsinhalt

1. den Anforderungen an eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und in der Qualität gesicherte ärztliche Versorgung der in Absatz 3a Satz 1 genannten Versicherten entspricht,
2. die Vergütungsstrukturen vergleichbarer Leistungen aus dem vertragsärztlichen und privatärztlichen Bereich berücksichtigt und
3. die wirtschaftlichen Interessen der Vertragsärzte sowie die finanziellen Auswirkungen der Vergütungsregelungen auf die Entwicklung der Prämien für die Tarife der in Absatz 3a Satz 1 genannten Versicherten angemessen berücksichtigt.

Wird nach Ablauf einer von den Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbarten oder von der Schiedsstelle festgesetzten Vertragslaufzeit keine Einigung über die Vergütung erzielt, gilt der bisherige Vertrag bis zu der Entscheidung der Schiedsstelle weiter. Für die in Absatz 3a Satz 1 genannten Versicherten und Tarife kann die Vergütung für die in den §§ 115b und 116b bis 119 genannten Leistungen in Verträgen zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung einheitlich mit Wirkung für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften mit den entsprechenden Leistungserbringern oder den sie vertretenden Verbänden ganz oder teilweise abweichend von den Vorgaben des Absatzes 3a Satz 2 und 3 geregelt werden; Satz 2 gilt entsprechend. Wird nach Ablauf einer von den Vertragsparteien nach Satz 7 vereinbarten Vertragslaufzeit keine Einigung über die Vergütung erzielt, gilt der bisherige Vertrag weiter.

§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss

(1) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden einen Gemeinsamen Bundesausschuss. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist rechtsfähig. Er wird durch den Vorsitzenden des Beschlussgremiums gerichtlich und außergerichtlich vertreten.

§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten; dabei ist den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen, vor allem bei den Leistungen zur Belastungserprobung und Arbeitstherapie; er kann dabei die Erbringung und Verordnung von Leistungen oder Maßnahmen einschränken oder ausschließen, wenn nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind; er kann die Verordnung von Arzneimitteln einschränken oder ausschließen, wenn die Unzweckmäßigkeit erwiesen oder eine andere, wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen verfügbar ist. Er soll insbesondere Richtlinien beschließen über die

6. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie

§ 223 Beitragspflicht, beitragspflichtige Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze

(3) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von eine Dreihundertsechzigstel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze). Einnahmen, die diesen Betrag übersteigen, bleiben außer Ansatz, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt.

§ 245 Beitragssatz für Studenten und Praktikanten

(1) Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 Versicherungspflichtigen gelten als Beitragssatz sieben Zehntel des allgemeinen Beitragssatzes.

- (2) Der Beitragssatz nach Absatz 1 gilt auch für Personen, deren Mitgliedschaft in der studentischen Krankenversicherung nach § 190 Abs. 9 endet und die sich freiwillig weiterversichert haben, bis zu der das Studium abschließenden Prüfung, jedoch längstens für die Dauer von sechs Monaten.

§ 314 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

- (2) Zur Gewährleistung der in § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 und 2a bis 2c in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung genannten Begrenzung bleiben im Hinblick auf die ab 1. Januar 2009 weiterhin im Standardtarif Versicherten alle Versicherungsunternehmen, die die nach § 257 Abs. 2 zuschussberechtigte Krankenversicherung betreiben, verpflichtet, an einem finanziellen Spitzenausgleich teilzunehmen, dessen Ausgestaltung zusammen mit den Einzelheiten des Standardtarifs zwischen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und dem Verband der privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die beteiligten Unternehmen zu vereinbaren ist und der eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen bewirkt.

§ 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
- 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,
- 2c. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. Dezember 2000 annehmen

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

- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

§ 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 Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 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 § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften 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.