

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskostenversicherung nach Tarif VTNL

Teil I

Rahmenbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil II

Tarifbedingungen

Stand 01.01.2016

Der Versicherungsschutz

§ 1

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt im Versicherungsfall
 - a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
 - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
- (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, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich

aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Rahmenbedingungen, Tarifbedingungen, Tarif und Anhang) 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.

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, 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. Der Versicherungsnehmer kann gegen Zahlung eines angemessenen Beitragszuschlags das Versicherungsverhältnis bei vollem Leistungsumfang fortsetzen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum beantragt wird.

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. *(Siehe auch Teil II.)*

- (5) 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 (§ 8a Teil I Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Teil I Abs. 6) einzuhalten.

Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) (siehe Anhang) ist ausgeschlossen.

Teil II

Der Versicherungsschutz wird für vorübergehende Aufenthalte im außereuropäischen Ausland über die in Teil I Abs. 4 Satz 5 genannten Monate hinaus unbefristet ausgedehnt, wenn der Versicherer vor Beginn des Auslandsaufenthaltes unterrichtet wird.

§ 2

Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I

- (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), der Zahlung des ersten Versicherungsbeitrags bzw. der ersten Beitragsrate entsprechend der im Versicherungsschein genannten Hinweise 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 - mit Ausnahme der Erstprämienzahlung - 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 spä-

testens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats 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. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

Teil II

1. *Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des frühesten Versicherungsbegins der ersten im Vertrag versicherten Person an. Werden Personen später in einem bestehenden Vertrag mitversichert, endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr der zuerst versicherten Person. Die weiteren Versicherungsjahre werden entsprechend angepasst. Durch spätere Vertragsänderungen ändert sich das Versicherungsjahr nicht.*
2. *Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung eines Neugeborenen ohne Wartezeit nach Teil I Abs. 2 erfüllt, besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Gebrechen.*

§ 3

Wartezeiten

Teil I

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt
- a) bei Unfällen;

- b) für den Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung 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 aufgrund besonderer Vereinbarungen erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird. (Siehe Teil II.)
- (5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder 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 Ab-
- weichung von § 2 Teil I Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.
- (6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Teil II

Bei Abschluss der Versicherung nach Tarif VTNL wird auf die Einhaltung sämtlicher Wartezeiten verzichtet. Bei Vertragsänderungen gilt Teil I Abs. 6.

§ 4

Umfang der Leistungspflicht

Teil I

- (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. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- (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.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherte 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 Versicherte 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 Versicherte kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag

herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

Teil II

1. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem vereinbarten Tarif (AVB Teil III).
2. Betragsmäßig festgelegte Leistungsgrenzen des Tarifs können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I Abs. 1 mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst werden.
3. Das Leistungsjahr ist das Kalenderjahr, ausgenommen für zahnärztliche Behandlung. Siehe dazu folgenden Absatz.

Für zahnärztliche Behandlung umfasst das 1. Leistungsjahr 12 Monate seit Beginn dieser Versicherung, jedes anschließende Leistungsjahr je weitere 12 Monate. Zeiten, für die nur Anwartschaftsbeiträge gezahlt werden, werden dabei nicht mitgezählt.

Für die Feststellung, welchem Leistungsjahr die Heilbehandlungskosten zugeordnet werden, sind die Behandlungsdaten bzw. der Bezugszeitpunkt der Arznei- und Hilfsmittel maßgebend.

4. Beitragsrückerstattung

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen (siehe Anhang), den Vorschriften der Satzung und den Beschlussfassungen der Mitgliedervertreter-Versammlung vorgenommen.

- a) Aus dem Überschuss der Gesellschaft wird eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, die nur zugunsten der Versicherten verwendet werden darf.
- b) Als Form der Überschussbeteiligung kommen in Frage: Auszahlung, Gutschrift, Beitragssenkungen, Leistungserhöhungen sowie Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

- c) *Beschließt die Mitgliedervertreter-Versammlung eine Beitragsrückerstattung für Leistungsfreiheit, werden die Voraussetzungen hierfür den Versicherungsnehmern bekannt gegeben.*
5. *Die zusätzlichen Rückstellungen für das Alter werden nach den Vorschriften des VAG (siehe Anhang) gebildet.*

§ 5

Einschränkung der Leistungspflicht

Teil I

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse 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. *(Siehe auch Teil II Nr. 1);*
 - c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker 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 Leistungsauschluss 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. *(Siehe auch Teil II Nr. 2);*
 - f) (entfallen)
 - g) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, 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, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

Teil II

1. *Entziehungsmaßnahmen sind auch Maßnahmen zur Entwöhnung.*
2. *Der Versicherer leistet abweichend von Teil I Abs. 1 e) bei ambulanter Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort im tariflichen Umfang.*
3. *Teil I Abs. 1 c) gilt entsprechend für approbierte Psychotherapeuten.*
4. *Teil I Abs. 1 g) gilt auch für Behandlungen durch den Lebensgefährten, mit dem der Versicherte in häuslicher Gemeinschaft lebt.*

§ 6

Auszahlung der Versicherungsleistungen

Teil I

- Abs. 1 und 2 VVG (siehe Anhang).
- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14
- (3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer sie gegenüber dem Versicherer in Textform als Empfangsberechtigten der Versicherungsleistung benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. (Siehe auch Teil II Nr. 3.)
- (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden. (Siehe auch Teil II Nr. 4.)
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
- (7) Der Versicherungsnehmer kann vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, in Textform vom Versicherer Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, hat der Versicherer eine mit Gründen versehene Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, zu erteilen, ansonsten nach vier Wochen; auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ist dabei einzugehen. Sind die Unterlagen nicht ausreichend aussagekräftig, kann der Versicherungsnehmer im Antwortschreiben um weitere Unterlagen gebeten werden.

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.

Teil II

1. *Sofern medizinische Leistungen nicht direkt zwischen dem jeweiligen Leistungserbringer und dem Versicherer abgerechnet werden (vgl. Teil III Nr. 4), sind Kostenbelege im Original einzureichen und müssen enthalten:*
Name der behandelten Person, Krankheitsbezeichnung, Angabe der einzelnen Leistungen mit den jeweiligen Behandlungsdaten und den Nummern der angewendeten Gebührenordnung. Bei Arznei- und Verbandmitteln müssen die Verordnungen mit Ausstellungsdatum und Namen der behandelten Person versehen sowie Rezeptwiederholungen vom Behandelnden ausdrücklich vorgeschrieben sein.
2. *Die Höhe der von einem anderen Versicherer oder Kostenträger erbrachten Leistungen muss von diesem auf den betreffenden Rechnungsbelegen bestätigt sein.*
3. *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 laut "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.*
4. *Von den Versicherungsleistungen werden Kosten nur abgezogen, wenn der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers Überweisungen ins Ausland vornimmt oder besondere Uberweisungsformen wählt.*

§ 7

Ende des Versicherungsschutzes

Teil I

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende

Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8

Beitragszahlung

Teil I

- (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, ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zu-

rückzuzahlen.

- (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 an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist spätestens unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Abschluss des Versicherungsvertrags zu zahlen.
- (4) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) dienende Krankheitskostenversicherung später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag zu entrichten. Dieser beträgt für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung einen Monatsbeitrag, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel eines Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. 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 ist zu verzinsen.

- (5) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) dienenden Krankheitskostenversicherung 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 zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrags ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für ei-

nen 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 (siehe Anhang) versichert. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Selbstbehalte entfallen während dieser Zeit. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrags tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB II) oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB XII) 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 dem Eintritt des Ruhens versichert war (Ursprungstarif), wenn alle rückständigen Beitragsanteile einschließlich Säumniszuschläge und Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 6 und 7 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 (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen im Ursprungstarif gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem SGB II oder dem SGB XII nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

- (6) Bei anderen als den in Abs. 5 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.
- (7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

Teil II

1. *Die Beiträge ergeben sich aus den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers und sind dem jeweils gültigen Versicherungsschein zu entnehmen.*
2. *Bei Jahreszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) von 4 % eingeräumt.*

§ 8a

Beitragsberechnung

Teil I

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

(2) 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. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet 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 ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

Teil II

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

2. *Für Kinder (0 - 15 Jahre) und Jugendliche (16 - 20 Jahre) ist von Beginn des Kalenderjahres an, in dem sie das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollenden, der Beitrag für das Eintrittsalter 16 bzw. 21 zu zahlen. Der Versicherungsnehmer erhält als Mitteilung einen neuen Versicherungsschein.*

3. *Bei Vertragsabschluss ist der Versicherer berechtigt, Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse zu verlangen.*

§ 8b

Beitragsanpassung

Teil I

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, wegen einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer jährlich für jeden Tarif

a) die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als dem tariflich festgelegten Vomhundertsatz (siehe Teil II), werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

b) die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten, sofern eine Alterungsrückstellung zu bilden ist. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung wird auch der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Teil I Satz 2) mit dem kalkulierten Zuschlag verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

(2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist und die Veränderung der Sterbewahrscheinlichkeiten die Grenze von 5 % nicht überschreitet.

(3) Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

Teil II

Ergibt die in Teil I Abs. 1 a) genannte Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können diese vom

Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

§ 9

Obliegenheiten

Teil I

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (§ 6 Teil I Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.
- (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.

- (6) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

Teil II

1. Auf die Meldung einer Krankenhausbehandlung nach Teil I Abs. 1 wird verzichtet. Unabhängig von dieser Regelung bleibt die Verpflichtung bestehen, in dem in § 4 Teil I Abs. 5 AVB genannten Fall die vorherige Zustimmung des Versicherers einzuholen.
2. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, für jede versicherte Person auf Anfrage die Höhe des Beihilfebemessungssatzes unverzüglich nachzuweisen.
3. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer jede Änderung der Höhe des Bemessungssatzes sowie einen Wegfall des Beihilfeanspruchs innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen.

§ 10

Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Teil I

- (1) Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen von § 28 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Anhang) ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Teil I Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) dient, nach Maßgabe des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

Teil II

Hat es der Versicherungsnehmer unterlassen, eine Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes fristgerecht (vgl. § 9 Teil II Nr. 3) anzuzeigen, ist der Versicherer berechtigt, vom Ersten des Monats, der der verspäteten Anzeige durch den Versicherungsnehmer oder der Feststellung durch den Versicherer folgt, eine Umstellung auf eine beihilfekonforme Tarifstufe vorzunehmen. Für laufende oder noch nicht regulierte Versicherungsfälle kann jedoch die Regelung von Teil III Abschnitt B angewandt werden.

Eine Höherversicherung infolge Senkung des Beihilfebemessungssatzes oder Wegfalls des Beihilfeanspruchs kann nach Fristversäumnis nur nach den für Vertragsumstellung gültigen Regeln (Wartezeiten und Risikoprüfung) vorgenommen werden.

§ 11

Ansprüche gegen Dritte

Teil I

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch

gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Scha-

den 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 infolge dessen 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 Versicherungs-

nehmers 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.
- (4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für versicherte Personen entsprechend. Die versicherten Personen sind verpflichtet, dem Versicherer ihre Ansprüche gegen den Dritten im Umfang und unter den Voraussetzungen der Absätze 1 bis 3 schriftlich abzutreten.

§ 12

Aufrechnung

Teil I

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

Teil I

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Wird eine versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung sowie eine für diese Versicherungen bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer 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 die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu.

Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist.

Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.

- (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 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Teil I Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis

hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung 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) 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.
- (8) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 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 Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden.

- (9) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.
- (10) Kündigt der Versicherungsnehmer eine Krankheitskostenvollversicherung und schließt gleichzeitig bei einem anderen Krankenversicherer eine neue Versicherung ab, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, kann er verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt.

Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

§ 14

Kündigung durch den Versicherer

Teil I

- (1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) dienenden Krankheitskostenversicherung sowie in der Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann, ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.
- (2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Versicherungsjahres kündigen.
- (3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

§ 15

Sonstige Beendigungsgründe

Teil I

- (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) Der Versicherungsschutz bezüglich einer versicherten Person erlischt, wenn und solange diese ihren gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum hat, es sei denn, der Versicherungsschutz bleibt aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung bestehen. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Gebiet der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, ist sowohl der Versicherer als auch der Versiche-

rungsnehmer zur außerordentlichen Kündigung hinsichtlich des Vertragsteils der betroffenen Person berechtigt. Die Kündigung des Versicherungsnehmers ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer auf schriftliches Verlangen des Versicherers nicht innerhalb von zwei Monaten nach Absendung des Verlangens die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes nachweist.

Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Sonstige Bestimmungen

§ 16

Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versi-

cherer bedürfen der Schriftform, soweit gesetzlich nicht eine andere Form vorgeschrieben oder zulässig ist.

§ 17

Gerichtsstand

Teil I

- (1) (entfällt)
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht anhängig gemacht werden, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung dessen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (3) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht zuständig,

in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung dessen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

- (4) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Gebiet der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Teil I

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der

Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstgerichtliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags 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

Teil I

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 204 Abs. 1 Nr. 1 VVG (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, aus einer bestehenden Krankheitskostenvollversicherung in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln kön-

nen. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Basistarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Basistarif folgt.

Teil III

Tarif VTNL

Stand 01.06.2021

Dieser Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Tarif VTNL) gilt nur in Verbindung mit

Teil I - Rahmenbedingungen und

Teil II - Tarifbedingungen für den Tarif VTNL.

A. Versicherungsfähigkeit / Aufnahmefähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die nicht der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen und als Bedienstete der Berufsfeuerwehr, der Polizei, der Justiz oder des Strafvollzugs einschließlich deren Verwaltungen Anspruch auf Beihilfe nach der Hessischen Beihilfenverordnung haben.

Der Ehegatte und Kinder können mitversichert werden, solange sie zum beihilfeberücksichtigungsfähigen Perso-

nenkreis der Familie gehören und in der gesetzlichen Krankenversicherung weder versicherungspflichtig sind noch dort Anspruch auf beitragsfreie Mitversicherung haben.

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben (siehe hierzu auch § 15 Teil I Nr. 3 AVB).

B. Prozentualer Erstattungssatz / Tarifstufen

Der Tarif VTNL umfasst entsprechend den Beihilfebemessungssätzen gestaffelte Tarifstufen. Die jeweilige Tarifstufe ist so zu wählen, dass die zugehörigen prozentualen Erstattungssätze zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz 100 Prozent ergeben. Die Tarifstufen und zugehörigen prozentualen Erstattungssätze ergeben sich aus folgender Tabelle, wobei der prozentuale Erstattungssatz für stationäre Krankenhausbehandlungen entsprechend der Hessischen Beihilfenverordnung herabgesetzt ist:

Tarifstufe	40/25	45/30	50/35
Prozentualer Erstattungssatz bei			
- ambulanter und zahnärztlicher Behandlung	40 %	45 %	50 %
- stationärer Krankenhausbehandlung	25 %	30 %	35 %

Erhöht sich der Beihilfebemessungssatz einer versicherten Person, wird der Versicherungsschutz auch für laufende bzw. noch nicht regulierte Versicherungsfälle entsprechend herabgesetzt. Diese Anpassung wird zum Ersten des Monats, in dem sich der Bemessungssatz ändert, oder auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherungsnehmers zum Ersten des Folgemonats vorgenommen.

Vermindert sich der Beihilfebemessungssatz, wird in gleicher Weise der Versicherungsschutz entsprechend erhöht.

Entfällt der Anspruch auf Beihilfe nach der Hessischen Beihilfenverordnung, hat der Versicherungsnehmer im Rahmen von Teil I Abs. 5 das Recht, bestehende Versicherungen in andere Tarife der Krankheitskostenvollversicherung umzustellen. Ist bis zum Ablauf von sechs Monaten nach Wegfall kein Umstellungsantrag beim Versicherer eingegangen, ist der Versicherer berechtigt, die betreffenden Versicherungen mit Wirkung zum Ersten des folgenden Monats in Tarife seiner Wahl umzustellen, die der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) genügen; hierbei gilt § 1 Teil I Abs. 5 Satz 3 und 4 entsprechend. In diesem Fall kann der Versicherungsnehmer innerhalb von vier Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins rückwirkend zum Umstellungszeitpunkt sein Recht auf Tarifwechsel nach Teil I Abs. 5 wahrnehmen oder unter den Voraussetzungen von § 13 Teil I Abs. 8 kündigen.

Die Umstellung erfolgt in beiden Fällen ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten, sofern die sechsmonatige Meldefrist (siehe § 9 Teil II Nr. 3) eingehalten wird.

Bei der Beitragsberechnung ist berücksichtigt, dass für Empfänger von Versorgungsbezügen der Beihilfebemessungssatz mindestens 60 % für ambulante und zahnärztliche Behandlung bzw. 75 % für stationäre Krankenhausbehandlung beträgt. Sollte ausnahmsweise der Beihilfe-

bemessungssatz einer versicherten Person nach Vollendung des 65. Lebensjahres unter diesen Sätzen liegen, ist eine Fortführung der Versicherung nach Tarif VTNL über

das 65. Lebensjahr hinaus nicht möglich. Der Versicherer verpflichtet sich, in diesem Fall gleichartigen Versicherungsschutz nach anderen Tarifen anzubieten.

C. Leistungen des Versicherers

1. Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

1.1 Ambulante Heilbehandlung

a) Ärztliche Leistungen.

Hierzu gehören z.B. Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, Operationen, Strahlen-Diagnostik und -Therapie, Laboruntersuchungen, Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt, Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen.

Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff sind erstattungsfähig, soweit es sich um staatlich empfohlene Kinderschutzimpfungen sowie um Impfungen handelt, die von der Ständigen Impfkommission des Bundesgesundheitsamtes allein in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht für alle empfohlen werden.

Im Falle der Direktabrechnung gem. C.3.1 trägt der Versicherer unter den dort genannten Voraussetzungen die Kosten in Höhe des versicherten prozentualen Erstattungssatzes.

Im Übrigen sind ärztliche Leistungen im tariflichen Umfang in Höhe des versicherten prozentualen Erstattungssatzes erstattungsfähig, wenn sie nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind, höchstens jedoch bis zu den nachfolgend genannten Steigerungsfaktoren:

- Leistungen gem. § 5 Abs. 2 GOÄ: 1,6-fach
- Leistungen gem. § 5 Abs. 3 GOÄ: 1,2-fach
- Leistungen gem. § 5 Abs. 4 GOÄ: 1,0-fach

Bietet der Versicherer den Service der Direktabrechnung gem. C.3.1 nicht mehr an, sind die Aufwendungen für ärztliche Behandlung im tariflichen Umfang in Höhe des versicherten prozentualen Erstattungssatzes bis zu den in der GOÄ festgelegten Regelhöchstätzen (2,3- / 1,8- / 1,15-fach GOÄ) erstattungsfähig. Darüber hinausgehende Aufwendungen sind erstattungsfähig, wenn sie die zuständige Beihilfestelle nach besonderer ärztlicher Begründung als beihilfefähig anerkannt hat, dann bis zu den Höchstätzen (3,5- / 2,5- / 1,3-fach GOÄ).

b) Arznei- und Verbandmittel.

Als Arzneimittel gelten auch medikamentenähnliche Präparate, die nach ärztlicher Bestätigung zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei schweren Enzymmangelkrankheiten,

Morbus Crohn oder Mukoviszidose, zu vermeiden bzw. zu mildern.

Nicht beihilfefähige Aufwendungen für Arzneimittel sind nicht erstattungsfähig.

Ohne Dispens abgegebene Arzneimittel unterliegen nicht der Erstattungspflicht.

Nähr- und Stärkungspräparate, Desinfektions- und Kosmetikmittel, reine Mineralwässer, Badezusätze und ähnliches gelten nicht als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten.

- c) Leistungen einer Hebamme / eines Entbindungspflegers.
- d) Fahrt oder Transport zum und vom nächsterreichbaren Arzt bei Unfällen (am Unfalltag).
- e) Heilmittel.

Heilmittel sind Heilmaßnahmen, die von einem Arzt oder von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe durchgeführt werden.

Hierzu gehören Inhalationen und Physiotherapie (Krankengymnastik, Übungsbehandlung, Massagen, Hydrotherapie, Packungen und Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie).

Aufwendungen für Heilmittel sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.025 EUR je Kalenderjahr erstattungsfähig.

- f) Folgende Hilfsmittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen:

- Brillengläser bis zu einem Rechnungsbetrag von 230 EUR,
- Bruchbänder,
- Gehapparate,
- Kompressionsstrümpfe,
- Hörgeräte,
- Körperersatzstücke,
- Kontaktlinsen.

Aufwendungen für Kontaktlinsen sind erstattungsfähig, wenn sie ärztlich verordnet und soweit sie beihilfefähig sind.

- Krankenfahrstühle bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.300 EUR,
- Mehrkosten für orthopädische Schuhe,
- orthopädische Schuheinlagen,

- Sprechhilfen,
- Stützapparate einschließlich Liegeschalen bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.300 EUR,
- Inhalationsgeräte,
- Blutdruckmessgeräte,
- Blutzuckermessgeräte.

Leistungen für Hilfsmittel gleicher Art aus dieser Liste werden bei nachgewiesenem Bedarf einmal im Kalenderjahr erbracht, sofern nachweislich eine längere Gebrauchs- bzw. Funktionsfähigkeit nicht gegeben ist.

- Brillenfassungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 100 EUR.

Ein Anspruch auf den erneuten Bezug einer Brillenfassung entsteht frühestens nach Ablauf von zwei Jahren seit dem letzten Bezug.

Die Aufwendungen für folgende Hilfsmittel (einschließlich deren Reparatur) sind nach vorheriger Leistungszusage durch den Versicherer erstattungsfähig:

- Sauerstoffgeräte und Sauerstoffkonzentratoren,
- Beatmungs- und Schlafapnoegeräte,
- Atmungs- und Herzüberwachungsmonitore,
- Antidecubitus-Systeme,
- Absauggeräte,
- CoaguCheck-Geräte.

Nicht genannte Hilfsmittel, medizinische Apparate und sanitäre Bedarfsartikel sind nicht erstattungsfähig.

- g) Psychotherapeutische Behandlung durch Ärzte sowie durch approbierte psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in eigener Praxis.

Im Falle der Direktabrechnung gem. C.3.1 trägt der Versicherer unter den dort genannten Voraussetzungen die Kosten in Höhe des versicherten prozentualen Erstattungssatzes.

Nimmt der Versicherte die Serviceleistung der Direktabrechnung gem. C.3.1 nicht in Anspruch oder bietet der Versicherer den Service der Direktabrechnung nicht mehr an, sind psychotherapeutische Leistungen von Ärzten und Psychotherapeuten im tariflichen Umfang in Höhe des versicherten prozentualen Erstattungssatzes erstattungsfähig, die nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) berechnungsfähig sind, höchstens jedoch bis zum Steigerungsfaktor 2,3-fach. Die Erstattung wird für bis zu 40 Sitzungen je versicherter Person und Kalenderjahr erbracht, darüber hinaus nur, wenn weitere Sitzungen durch die zuständige Beihilfestelle nach besonderer ärztlicher Begründung als beihilfefähig anerkannt wurden.

- h) Leistungen eines Heilpraktikers im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes, soweit sie im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH 85) aufgeführt sind und den jeweils angegebenen Mindestsatz nicht übersteigen, einschließlich Arznei- und Verbandmittel.

1.2 Kurbehandlung.

Erstattungsfähig sind abweichend von § 5 Teil I Abs. 1 d) die Aufwendungen für ärztliche Leistungen, Arznei- und Heilmittel bei einer ärztlich verordneten, unter ärztlicher Leitung stehenden und nach einem Kurplan durchgeführten ambulanten oder einer ärztlich verordneten stationären Kur bis zur Dauer von 28 Tagen.

Voraussetzung für die Leistungspflicht ist, dass die Beihilfestelle die Behandlung als beihilfefähig anerkannt hat.

Nach Inanspruchnahme werden diese Leistungen frühestens nach dem Ablauf von drei Jahren erneut erbracht.

Nicht erstattet werden die Kosten für Unterbringung, Verpflegung, Kurtaxe und Fahrtkosten.

1.3 Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus

- a) Allgemeine Krankenhausleistungen.

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählen Leistungen im Sinne

- des § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in Verbindung mit dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in der jeweils geltenden Fassung - z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte, ergänzende Entgelte -

bzw.

- der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils geltenden Fassung

sowie Leistungen von Belegärzten, Beleghebammen und Belegentbindungspflegern.

Sofern Krankenhäuser nach dem KHG/KHEntgG bzw. der BPfIV abrechnen, obwohl sie hierzu nicht verpflichtet sind (z. B. Privatkliniken), werden die vorstehenden Ausführungen ebenfalls angewendet.

In Krankenhäusern, die nicht nach dem KHG/KHEntgG bzw. der BPfIV abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Mehrbettzimmer einschließlich ärztlicher Leistungen (ohne gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen) und Krankenhausnebenkosten sowie der Leistungen freiberuflicher Hebammen und Entbindungspfleger.

Können die Kosten für ein Mehrbettzimmer nicht nachgewiesen werden, weil das Krankenhaus eine entsprechende Unterkunft nicht anbietet, wird der Erstattung der Landesbasisfallwert des Bundeslandes, in dem der Krankenhausaufenthalt stattfand, zugrundegelegt. Bei einer Behandlung im Ausland wird in diesem Fall der höchste Landesbasisfallwert aller deutschen Bundesländer zugrundegelegt. Erstattungsfähig sind dann die Kosten, die ausgehend von den genannten Landesbasisfallwerten bei einer Abrechnung nach dem KHG/KHEntgG entstanden wären, jedoch nicht mehr als der tatsächliche Rechnungsbetrag. Mit diesen Sätzen sind auch die Arztkosten und sämtliche Nebenkosten abgegolten.

Soweit Krankenhäuser nach Pflegeklassen unterscheiden, entspricht die 3. Pflegeklasse dem Mehrbettzimmer, die 2. Pflegeklasse dem Zweibettzimmer und die 1. Pflegeklasse dem Einbettzimmer.

- b) Transport zum und vom Krankenhaus bis zu jeweils 100 km, mindestens jedoch bis zum nächsterreichbaren, geeigneten Krankenhaus.

1.4 Zahnärztliche Behandlung

- a) Zahnbehandlung (einschließlich Zahnprophylaxe).
b) Kieferorthopädie.
c) Zahnersatz.

Zu den erstattungsfähigen Kosten für Zahnersatz gehören zahnärztliches Honorar und Material- und Laborkosten für prothetische Leistungen (z.B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken) einschließlich Kronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahn) und Provisorien.

Im Falle der Direktabrechnung gem. C.3.1 trägt der Versicherer unter den dort genannten Voraussetzungen die Kosten in Höhe des versicherten prozentualen Erstattungssatzes. Ausgenommen ist die Versorgung mit Zahnersatz.

Im Übrigen sind zahnärztliche Leistungen einschließlich Zahnersatz im tariflichen Umfang in Höhe des versicherten prozentualen Erstattungssatzes erstattungsfähig, soweit sie nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnungsfähig sind, höchstens jedoch bis zum Steigerungsfaktor 2,3-fach. Darüber hinausgehende Aufwendungen sind erstattungsfähig, wenn sie die zuständige Beihilfestelle nach besonderer zahnärztlicher Begründung als beihilfefähig anerkannt hat, dann bis zu dem Höchst-satz (3,5-fach GOZ).

Die gesondert berechenbaren zahntechnischen Material- und Laborkosten für Zahnersatz sind erstattungsfähig, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs VTNL für zahntechnische Leistungen (siehe Anlage) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind. Die erstattungsfähigen Höchstbeträge dieses Verzeichnisses können, um den Versicherungsschutz wertbeständig zu erhalten, unter den Voraussetzungen des § 203 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) bzw. § 18

Teil I Abs. 1 AVB mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse im Gesundheitswesen angepasst werden.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Goldhämmer- und Einlagefüllungen, Adhäsivbrücken, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen, implantologische Leistungen, Verblendungen im Seitenzahnbereich, Veneers, Empress-Keramikkronen, Laserbehandlungen und im Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs VTNL für zahntechnische Leistungen nicht aufgeführte Material- und Laborkosten für Zahnersatz.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden für jede versicherte Person innerhalb der ersten 12 Monate ihrer Versicherung auf einen Rechnungsbetrag von höchstens 520 EUR begrenzt. Diese Begrenzung der Rechnungsbeträge gilt nicht für solche erstattungsfähigen Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

2. Tarifliche Leistungszusage

Die Tarifleistung ergibt sich aus der Anwendung des jeweiligen prozentualen Erstattungssatzes auf die erstattungsfähigen Aufwendungen nach Nr. 1.

Bei Zahnersatz beträgt die Tarifleistung 90 % des Betrags, der sich aus der Anwendung des hierfür geltenden prozentualen Erstattungssatzes auf die erstattungsfähigen Aufwendungen nach Nr. 1.4 c) ergibt.

Je nach Tarifstufe ergeben sich hiernach in den unterschiedlichen Leistungsbereichen insgesamt folgende Erstattungssätze:

Tarifstufe	40/25	45/30	50/35
Erstattung bei			
- ambulanter Behandlung, Kurbehandlung, Zahnbehandlung einschl. Prophylaxe und Kieferorthopädie	40 %	45 %	50 %
- stationärer Krankenhausbehandlung	25 %	30 %	35 %
- Zahnersatz	36 %	40,5 %	45 %

2a. Zusätzliche Beihilfeergänzungsleistung

Soweit Aufwendungen nach Nr. 1.1 - 1.4 erstattungsfähig sind, diese Aufwendungen von der Beihilfe zwar dem Grunde nach, nicht aber im vollen Umfang entsprechend des für die versicherte Person geltenden Beihilfesatzes erstattet werden, wird die Differenz zwischen dem des Beihilfesatzes entsprechenden Anteils an den Aufwendungen und der tatsächlich erbrachten Beihilfe vom Versicherer erstattet. Diese Erstattung erfolgt zusätzlich zu dem Anteil, den der Versicherer an den Aufwendungen gem.

Nr. 2 zu tragen hat. Die Leistung des Versicherers insgesamt ist auf die nach Abzug der tatsächlich erbrachten Beihilfeleistung verbleibenden Aufwendungen beschränkt.

3. Serviceleistungen

3.1. Direktabrechnung

Der Versicherer unterhält zur Versorgung seiner Mitglieder mit ambulanten, stationären und zahnärztlichen Leistungen Verträge mit medizinischen Leistungserbringern bzw. deren Standesorganisationen.

Wenn die Kosten für erbrachte Leistungen, für die bedingungsgemäß Versicherungsschutz besteht, auf der Grundlage dieser Verträge von den medizinischen Leistungserbringern unmittelbar oder mittelbar über deren Standesorganisationen mit dem Versicherer abgerechnet werden, trägt der Versicherer die Kosten in Höhe des versicherten prozentualen Erstattungssatzes.

3.2. Beihilfevorleistung

Zusammen mit der Versicherungsleistung nach Nr. 2 zahlt der Versicherer die Beihilfe aus. Hierfür tritt der Versicherer bis zur Abrechnung mit der Beihilfestelle

in Vorleistung.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die Beihilfe unmittelbar und unverzüglich von der auszahlenden Stelle an den Versicherer abzuführen.

3.3. Gemeinsame Bestimmungen zu den Serviceleistungen

Die Serviceleistungen gem. 3.1 und 3.2 sind von dem Fortbestand der hierzu geschlossenen Verträge mit den Leistungserbringern bzw. den Beihilfestellen sowie von den jeweils gültigen Beihilfevorschriften abhängig. Der Versicherer verpflichtet sich im Interesse seiner Mitglieder zum Abschluss und zur Aufrechterhaltung möglichst günstiger Verträge, soweit dies rechtlich möglich und für die Versichertengemeinschaft wirtschaftlich ist.

Tritt der Versicherer bei der Direktabrechnung oder mit der Beihilfe über den Betrag hinaus in Vorleistung, der dem Versicherten nach den versicherungsvertraglichen Bestimmungen zusteht bzw. von der Beihilfestelle erstattet wird, ist der Versicherungsnehmer insoweit zur Rückzahlung an den Versicherer verpflichtet.

**Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs VTNL
für zahntechnische Leistungen**

Stand 01.01.2009

Leistung	erstattungs-fähiger Höchstbetrag EUR	Leistung	erstattungs-fähiger Höchstbetrag EUR
001 Modell	5,18	201 Metallbasis	110,75
002 Doublieren/ Platzhalter einfügen/ Verwendung von Kunststoff/ Galvanisieren	12,19	202 einarmige Klammer/ Inlayklammer/ fortlaufende Klammer/ Bonyhardklammer/ Kralle/ Ney-Stiel/ Auflage/ Umgehungsbügel	11,70
003 Set-up	3,89	203 zweiarmige Klammer/ Approximalklammer/ Ringklammer/ Rücklaufklammer/ Bonyhardklammer, Gegenlager/ Doppelbogenklammer	18,28
005 Stumpfmodell	7,85	204 zweiarmige Klammer, Auflage/ Approximalklammer, Auflage/ Ringklammer, Auflage/ Rücklaufklammer, Auflage/ Überwurfklammer, Auflage	21,84
007 Zahnkranz sockeln	5,27	205 Bonwillklammer	38,25
011 Modellpaar trimmen/ Fixator	4,61	208 Rückenschutzplatte/ Metallzahn/ Metallkauffläche	30,62
012 Einstellen in Mittelwertartikulator	5,27	210 Lösungsknopf für Friktionsprothese	7,56
013 Modellpaar sockeln	11,83	211 Abschlussrand	14,68
020 Basis für Konstruktionsbiss/ Basis für Vorbissnahme	5,98	212 Zuschlag einzelne Klammer	20,80
021 Basis für Autopolymerisat	19,51	301 Aufstellung Wachsbasis Grundeinheit	32,45
022 Bisswall	4,93	302 Aufstellung auf Wachsbasis, je Zahn	1,54
024 Übertragungskappe	20,04	303 Aufstellung auf Metallbasis, je Zahn	1,94
031 Provisorische Krone oder Brückenglied	28,26	341 Übertragung einer Aufstellung auf Metall je Zahn	1,89
032 Formteil	18,90	361 Fertigstellung einer Prothese Grundeinheit	31,86
101 Vollkrone Metall/ Krone für Keramikverblendung/ Wurzelstiftkappe	61,21	362 Fertigstellung je Zahn	1,54
102 Vollkrone Stufenpräparation/ Teilkrone/ Krone für Kunststoffverblendung	67,98	380 einarmige Klammer/ Inlayklammer/ Interdental-Knopfklammer/ Approximalklammer/ Auflage/ Bonyhardklammer	7,19
103 Vorbereiten Krone/ Krone einarbeiten/ Stiftaufbau einarbeiten	11,93	381 zweiarmige Klammer, Auflage/ Bonyhardklammer, Auflage/ Überwurfklammer/ Doppelbogenklammer	13,10
104 Modellation gießen	13,12	382 Weichkunststoff ZE	48,70
105 Stiftaufbau	45,18	383 Herstellung eines Zahnes aus zahnfarbenem Kunststoff	15,35
110 Brückenglied	47,06	401 Aufbisssschiene/ Knirscherschiene/ Bissführungsplatte	70,48
111 Mantelkrone Kunststoff	64,28	402 Minioplastschiene/ Retentionsschiene/ Verband-, Verschlussplatte	50,38
112 Mantelkrone Keramik	80,20	403 Umarbeiten einer Prothese zum Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche	40,79
120 Teleskopierende Krone	202,82		
130 Steg	72,38		
131 Stegglasche/ Stegreiter	48,64		
132 Steggeschiebe individuell	89,75		
133 Individuelles Geschiebe/ Ankerbandklammer/ Rillen-Schulter-Geschiebe	184,54		
134 Konfektions-Geschiebe/ Konfektions-Gelenk/ Konfektions-Anker/ Konfektions-Riegel	94,32		
135 Friktionsstift/ Federbolzen/ Schraube/ Bolzen	42,22		
136 Gefrästes Lager	31,91		
137 Schubverteilungsarm	49,59		
140 Riegel individuell	80,71		
150 Metallverbindung nach Brand	19,01		
160 Verblendung Kunststoff	31,22		
161 Zahnfleisch aus Kunststoff	10,58		
162 Verblendung aus Keramik	79,53		
163 Zahnfleisch aus Keramik	26,13		

404	Festsitzende Schiene aus Kunststoff mit adjustierter Oberfläche, je Zahn	9,42	761	Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung einer KFO-Basis oder Aufbissbehelfs	14,68
405	Abnehmbare Dauerschiene mit adjustierter Oberfläche aus Metall	-	762	Leistungseinheit Dehn-, Regulierungselement	7,26
701	Basis für Einzelkiefengerät	35,89	770	Remontieren eines Gerätes ohne Kunststoffbasis	28,19
702	Basis für bimaxilläres Gerät	77,81			
703	Schiefe Ebene	34,96	801	Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung	14,68
704	Vorhofplatte	31,36			
705	Kinnkappe	30,10	802	Leistungseinheit Sprung/Bruch/ Zahn einarbeiten/ Basisteil Kunststoff/ Klammer einarbeiten/ Rückenschutzplatte/ Kunststoffsaattel	7,26
710	Aufbiss	8,49			
711	Abschirmelement	14,61			
712	Weichkunststoff KFO	20,19			
720	Schraube einarbeiten	9,75	803	Retention, gebogen	27,90
721	Spezialschraube einarbeiten	16,69	804	Retention, gegossen	43,32
722	Trennen einer Basis	5,23	806	gegossenes Basisteil	53,72
730	Labialbogen intramaxillär mit zwei Schlaufen	16,15	807	Metallverbindung	15,11
731	Labialbogen intramaxillär mit mehr als zwei Schlaufen	19,59	808	Teilunterfütterung	22,35
732	Labialbogen intermaxillär	22,47	809	vollständige Unterfütterung	39,06
733	Feder, offen	6,91	810	Basis erneuern	51,56
734	Feder, geschlossen	9,80	813	Auswechseln von Konfektionsteilen	13,57
740	Verbindungselement intramaxillär	16,72	820	Kronen- oder Brückenreparatur	25,01
741	Verbindungselemente intermaxillär	17,28	933	Versandkosten	3,27
742	Verankerungselement	18,57	970	Verrechnungseinheit für die Fertigung aus edelmetallfreier Legierung	10,23
743	Einzelelement einarbeiten	10,09			
744	Metallverbindung KFO	9,51			
750	einarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	6,81			
751	mehrrarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	8,89			

Neben den Leistungen können die Kosten für Konfektionsfertigteile und künstliche Zähne abgerechnet werden. Die übrigen Materialien sind mit der Vergütung der Leistung abgegolten.

Anhang

Stand: 01.01.2016

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Abs. 1 und 2

Fälligkeit der Geldleistung

- | | |
|---|--|
| <p>(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.</p> <p>(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles be-</p> | <p>endet, 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.</p> |
|---|--|

§ 28 Abs. 1 bis 3

Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- | | |
|---|---|
| <p>(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.</p> <p>(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.</p> | <p>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.</p> <p>(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.</p> |
|---|---|

§ 37

Zahlungsverzug bei Erstprämie

- | | |
|---|--|
| <p>(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.</p> <p>(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer</p> | <p>nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.</p> |
|---|--|

§ 38

Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- | | |
|--|---|
| <p>(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Be-</p> | <p>stimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind;</p> |
|--|---|

bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der

Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Abs. 2

Übergang von Ersatzansprüchen

- (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.

§ 193 Abs. 3

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 5.000 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 5.000 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 dem Asylbewerberleistungsgesetz 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.

§ 196

Befristung der Krankentagegeldversicherung

- (1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung

annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer

den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.

- (2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten,

ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

- (3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.
- (4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

§ 200

Bereicherungsverbot

Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungs-

verpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 203 Abs. 2 und 3

Prämien- und Bedingungsanpassung

- (2) Ist bei einer Krankenversicherung das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung einer für die Prämienkalkulation maßgeblichen Rechnungsgrundlage berechtigt, die Prämie entsprechend den berichtigten Rechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die technischen Berechnungsgrundlagen überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat. Dabei dürfen auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden, soweit dies vereinbart ist. Maßgebliche Rechnungsgrundlagen im Sinn der Sätze 1 und 2 sind die Versicherungsleistungen und die Sterbewahrscheinlichkeiten. Für die Änderung der Prämien, Prämienzuschläge und Selbstbe-

halte sowie ihre Überprüfung und Zustimmung durch den Treuhänder gilt § 12b Abs. 1 bis 2a in Verbindung mit einer auf Grund des § 12c des Versicherungsaufsichtsgesetzes erlassenen Rechtsverordnung.

- (3) Ist bei einer Krankenversicherung im Sinn des Absatzes 1 Satz 1 das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anzupassen, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

§ 204 Abs. 1 Nr. 1

Tarifwechsel

- (1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser
1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlan-

gen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen; der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich, wenn

- a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wur-

de oder

- b) der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch

ist oder

- c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 1. Juli 2009 beantragt wurde;
ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem diese nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen;

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 146 Abs. 1

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 Wahrscheinlichkeitstafeln 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 Handelsgesetzbuchs 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.

§ 149

Prämienzuschlag in der substitutiven Krankenversicherung

In der substitutiven Krankheitskostenversicherung ist spätestens mit Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 21. Lebensjahres des Versicherten folgt und endend in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, für die Versicherten ein Zuschlag von 10 Prozent der jährlichen gezillmerten Bruttoprämie zu erheben. Dieser ist der Alterungsrückstellung nach § 341f Absatz 3 des Handelsgesetzbuchs jähr-

lich direkt zuzuführen und zur Prämienermäßigung im Alter nach § 150 Absatz 3 zu verwenden. Für Versicherungen mit befristeten Vertragslaufzeiten nach § 195 Absatz 2 und 3 des Versicherungsvertragsgesetzes sowie bei Tarifen, die regelmäßig spätestens mit Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze enden, sowie für den Notlagentarif nach § 153 gelten die Sätze 1 und 2 nicht.

§ 150

Gutschrift zur Alterungsrückstellung; Direktgutschrift

- (1) Das Versicherungsunternehmen hat den Versicherten in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung) jährlich Zinserträge gutzuschreiben, die auf die Summe der jeweiligen zum Ende des vorherigen Geschäftsjahres vorhandenen positiven Alterungsrückstellung der betroffenen Versicherungen entfallen. Diese Gutschrift beträgt 90 Prozent der durchschnittlichen, über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge (Überzins).
- (2) Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 149 geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, von dem nach Absatz 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutzuschreiben. Der Alterungsrückstellung aller Versicherten sind von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 Prozent direkt gutzuschreiben. Der Prozentsatz nach Satz 2 erhöht sich ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahr 2001 beginnt, jährlich um 2 Prozent, bis er 100 Prozent erreicht hat.
- (3) Die Beträge nach Absatz 2 sind ab der Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus Prämienerrhöhungen oder eines Teils der Mehrprämien zu verwenden, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrprämien nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit der Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämienerrsenkung einzusetzen. Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind zur sofortigen Prämienerrsenkung einzusetzen. In der freiwilligen Pflegetagegeldversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, dass anstelle einer Prämienerrmäßigung eine entsprechende Leistungerrhöhung vorgenommen wird.
- (4) Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämienerrhöhungen oder zur Prämienerrmäßigung zu verwenden. Die Prämienerrmäßigung nach Satz 1 kann so weit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben.

§ 152 Abs. 1

Basistarif

- (1) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, die die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe jeweils den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünftens Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, vergleichbar sind. Der Basistarif muss jeweils eine Variante vorsehen für
 1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres keine Alterungsrückstellungen gebildet und
 2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie für deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1 200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums mit einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre; führt der vereinbarte Selbstbehalt nicht zu einer angemessenen Reduzierung der Prämie, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer jederzeit eine Umstellung des Vertrags in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen; die Umstellung muss innerhalb von drei Monaten erfolgen. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Prozentsatzes auf die Werte 300, 600, 900 oder 1 200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

§ 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 Aufwendungsersatzung 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.

§ 155 Abs. 2

Prämienänderung

- (2) Der Zustimmung des Treuhänders bedürfen
1. der Zeitpunkt und die Höhe der Entnahme sowie die Verwendung von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nach § 150 Absatz 4 zu verwenden sind, und
 2. die Verwendung der Mittel aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.
- Der Treuhänder hat in den Fällen des Satzes 1 Nummer 1 und 2 darauf zu achten, dass die in der Satzung und den Versicherungsbedingungen bestimmten Voraussetzungen erfüllt und die Belange der Versicherten ausreichend gewahrt sind. Bei der Verwendung der Mittel zur Begrenzung von Prämien-erhöhungen hat er insbesondere auf die Angemessenheit der Verteilung auf die Versichertenbestände mit einem Prämienzuschlag nach § 149 und ohne einen solchen zu achten sowie dem Gesichtspunkt der Zumutbarkeit der prozentualen und absoluten Prämiensteigerungen für die älteren Versicherten ausreichend Rechnung zu tragen.

Auszug aus dem 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 nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug aus dem Transplantationsgesetz (TPG)

§ 8 Abs. 3

Entnahme von Organen und Geweben

- (3) Bei einem Lebenden darf die Entnahme von Organen erst durchgeführt werden, nachdem sich der Spender und der Empfänger, die Entnahme von Geweben erst, nachdem sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat. Weitere Voraussetzung für die Entnahme von Organen bei einem Lebenden ist, dass die nach Landesrecht zuständige Kommission gutachtlich dazu Stellung genommen hat, ob begründete tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Einwilligung in die Organspende nicht freiwillig erfolgt oder das Organ Gegenstand verbotenen Handeltreibens nach § 17 ist. Der Kommission muss ein Arzt, der weder an der Entnahme noch an der Übertragung von Organen beteiligt ist, noch Weisungen eines Arztes untersteht, der an solchen Maßnahmen beteiligt ist, eine Person mit der Befähigung zum Richteramt und eine in psychologischen Fragen erfahrene Person angehören. Das Nähere, insbesondere zur Zusammensetzung der Kommission, zum Verfahren und zur Finanzierung, wird durch Landesrecht bestimmt.

Auszug aus dem Mutterschutzgesetz (MuSchG)

§ 3

Beschäftigungsverbote für werdende Mütter

- (1) Werdende Mütter dürfen nicht beschäftigt werden, soweit nach ärztlichem Zeugnis Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung gefährdet ist.
- (2) Werdende Mütter dürfen in den letzten sechs Wochen vor der Entbindung nicht beschäftigt werden, es sei denn, dass sie sich zur Arbeitsleistung ausdrücklich bereit erklären; die Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

§ 4

Weitere Beschäftigungsverbote

- (1) Werdende Mütter dürfen nicht mit schweren körperlichen Arbeiten und nicht mit Arbeiten beschäftigt werden, bei denen sie schädlichen Einwirkungen von gesundheitsgefährdenden Stoffen oder Strahlen, von Staub, Gasen oder Dämpfen, von Hitze, Kälte oder Nässe, von Erschütterungen oder Lärm ausgesetzt sind.
- (2) Werdende Mütter dürfen insbesondere nicht beschäftigt werden
1. mit Arbeiten, bei denen regelmäßig Lasten von mehr als fünf Kilogramm Gewicht oder gelegentlich Lasten von mehr als zehn Kilogramm Gewicht ohne mechanische Hilfsmittel von Hand gehoben, bewegt oder befördert werden. Sollen größere Lasten mit mechanischen Hilfsmitteln von Hand gehoben, bewegt oder befördert werden, so darf die körperliche Beanspruchung der werdenden Mutter nicht größer sein als bei Arbeiten nach Satz 1,
 2. nach Ablauf des fünften Monats der Schwangerschaft mit Arbeiten, bei denen sie ständig stehen müssen, soweit diese Beschäftigung täglich vier

- Stunden überschreitet,
3. mit Arbeiten, bei denen sie sich häufig erheblich strecken oder beugen oder bei denen sie dauernd hocken oder sich gebückt halten müssen,
 4. mit der Bedienung von Geräten und Maschinen aller Art mit hoher Fußbeanspruchung, insbesondere von solchen mit Fußantrieb,
 5. mit dem Schälen von Holz,
 6. mit Arbeiten, bei denen sie infolge ihrer Schwangerschaft in besonderem Maße der Gefahr, an einer Berufskrankheit zu erkranken, ausgesetzt sind oder bei denen durch das Risiko der Entstehung einer Berufskrankheit eine erhöhte Gefährdung für die werdende Mutter oder eine Gefahr für die Leibesfrucht besteht,
 7. nach Ablauf des dritten Monats der Schwangerschaft auf Beförderungsmitteln,
 8. mit Arbeiten, bei denen sie erhöhten Unfallgefahren, insbesondere der Gefahr auszugleiten, zu fallen oder abzustürzen, ausgesetzt sind.
- (3) Die Beschäftigung von werdenden Müttern mit
1. Akkordarbeit und sonstigen Arbeiten, bei denen durch ein gesteigertes Arbeitstempo ein höheres Entgelt erzielt werden kann,
 2. Fließarbeit mit vorgeschriebenem Arbeitstempo ist verboten. Die Aufsichtsbehörde kann Ausnahmen bewilligen, wenn die Art der Arbeit und das Arbeitstempo eine Beeinträchtigung der Gesundheit von Mutter oder Kind nicht befürchten lassen. Die Aufsichtsbehörde kann die Beschäftigung für alle werdenden Mütter eines Betriebes oder einer Betriebsabteilung bewilligen, wenn die Voraussetzungen des Satzes 2 für alle im Betrieb oder in der Betriebsabteilung beschäftigten Frauen gegeben sind.
- (4) Die Bundesregierung wird ermächtigt, zur Vermeidung von Gesundheitsgefährdungen der werdenden oder stillenden Mütter und ihrer Kinder durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates
1. Arbeiten zu bestimmen, die unter die Beschäftigungsverbote der Absätze 1 und 2 fallen,
 2. weitere Beschäftigungsverbote für werdende und stillende Mütter vor und nach der Entbindung zu erlassen.
- (5) Die Aufsichtsbehörde kann in Einzelfällen bestimmen, ob eine Arbeit unter die Beschäftigungsverbote der Absätze 1 bis 3 oder einer von der Bundesregierung gemäß Absatz 4 erlassenen Verordnung fällt. Sie kann in Einzelfällen die Beschäftigung mit bestimmten anderen Arbeiten verbieten.

§ 6

Beschäftigungsverbote nach der Entbindung

- (1) Mütter dürfen bis zum Ablauf von acht Wochen, bei Früh- und Mehrlingsgeburten bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Entbindung nicht beschäftigt werden. Bei Frühgeburten und sonstigen vorzeitigen Entbindungen verlängern sich die Fristen nach Satz 1 zusätzlich um den Zeitraum der Schutzfrist nach § 3 Abs. 2, der nicht in Anspruch genommen werden konnte. Beim Tod ihres Kindes kann die Mutter auf ihr ausdrückliches Verlangen ausnahmsweise schon vor Ablauf dieser Fristen, aber noch nicht in den ersten zwei Wochen nach der Entbindung, wieder beschäftigt werden, wenn nach ärztlichem Zeugnis nichts dagegen spricht. Sie kann ihre Erklärung jederzeit widerrufen.
- (2) Frauen, die in den ersten Monaten nach der Entbindung nach ärztlichem Zeugnis nicht voll leistungsfähig sind, dürfen nicht zu einer ihre Leistungsfähigkeit übersteigenden Arbeit herangezogen werden.
- (3) Stillende Mütter dürfen mit den in § 4 Abs. 1, 2 Nr. 1, 3, 4, 5, 6 und 8 sowie Abs. 3 Satz 1 genannten Arbeiten nicht beschäftigt werden. Die Vorschriften des § 4 Abs. 3 Satz 2 und 3 sowie Abs. 5 gelten entsprechend.

Auszug aus dem Einkommensteuergesetz (EStG)

§ 18 Abs. 1 Nr. 1

Beschäftigungsverbote für werdende Mütter

- (1) Einkünfte aus selbständiger Arbeit sind
1. Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit. Zu der freiberuflichen Tätigkeit gehören die selbständig ausgeübte wissenschaftliche, künstlerische, schriftstellerische, unterrichtende oder erzieherische Tätigkeit, die selbständige Berufstätigkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Rechtsanwälte, Notare, Patentanwälte, Vermessungsingenieure, Ingenieure, Architekten, Handelschemiker, Wirtschaftsprüfer, Steuerberater, beratenden Volks- und Betriebswirte, vereidigten Buchprüfer, Steuerbevollmächtigten,

Heilpraktiker, Dentisten, Krankengymnasten, Journalisten, Bildberichterstatter, Dolmetscher, Übersetzer, Lotsen und ähnlicher Berufe. Ein Angehöriger eines freien Berufs im Sinne der Sätze 1 und 2 ist auch dann freiberuflich tätig, wenn er sich der Mithilfe fachlich vorgebildeter Arbeitskräfte bedient;

Voraussetzung ist, dass er auf Grund eigener Fachkenntnisse leitend und eigenverantwortlich tätig wird. Eine Vertretung im Fall vorübergehender Verhinderung steht der Annahme einer leitenden und eigenverantwortlichen Tätigkeit nicht entgegen;