

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskostenversicherung nach Tarif VTN U

Teil I

Rahmenbedingungen 2012 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil II

Tarifbedingungen

Stand 01.12.2012

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 deut-

schem 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.

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

spätestens 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 Versicherungsbeginns 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 Abweichung 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 Versiche-

ungsschutzes.

Teil II

Bei Abschluss der Versicherung nach Tarif VTN U 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 Behandlern 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 Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

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 Kriegsergebnisse 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

- (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 Abs. 1 und 2 VVG (siehe Anhang).
- (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.

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 Behandler 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 Überweisungsformen 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. zurückzuzahlen.

- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif 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 ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und 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 unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsschutzes. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest.

Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ungeachtet des vereinbarten Tarifs ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; die Erstattungspflicht beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes zu entrichten.

Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch wird. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Ab-

ständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

Sind die ausstehenden Beitragsanteile und Säumniszuschläge nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, wird das Ruhen der Versicherung im Basistarif nach § 12 Abs. 1a VAG (siehe Anhang) fortgesetzt.

- (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 bzw. Nachtrag zum 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 (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 jeweils einen Nachtrag zum Versicherungsschein, sofern dies eine Beitragsänderung zur Folge hat.*
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 wer-

den, 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 Umfangs 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 Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er 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 Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.
- (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.
- (4) 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 eines Monats 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 erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

- (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 Altersrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 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 Versicherungsnehmer 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 inner-

halb 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 Versiche-

rungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des 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 VTN U

Stand 01.12.2012

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

Teil I - Rahmenbedingungen und

Teil II - Tarifbedingungen für den Tarif VTN U.

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 Personenkreis der Familie gehören und in der gesetzlichen Krankenversicherung weder versicherungspflichtig sind

noch dort Anspruch auf beitragsfreie Mitversicherung haben.

Versicherungsfähig sind ferner Personen, die die Voraussetzungen für die Mitversicherung als Ehegatte oder Kind nach den Tarifen VTN, VTNL, VTNB-A, VTNBL-A oder VTNB-A U erfüllen.

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 VTN U 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	Prozentualer Erstattungssatz bei	
	ambulanter und zahnärztlicher Behandlung	stationärer Krankenhausbehandlung
20/15	20 %	15 %
25/15	25 %	15 %
30/15	30 %	15 %
35/20	35 %	20 %
40/25	40 %	25 %
45/30	45 %	30 %
50/35	50 %	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 Versicherungsneh-

mers 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 Beihilfebemessungssatz einer versicherten Person nach Vollendung des 65. Lebensjahres unter diesen Sätzen liegen, ist eine Fortführung der Versicherung nach Tarif VTN U über

das 65. Lebensjahr hinaus nicht möglich. Der Versicherer verpflichtet sich, in diesem Fall gleichartigen Versiche-

rungsschutz 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.

Leistungen von Ärzten, die nach dem Vertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) abrechnen, sind in voller Höhe erstattungsfähig.

Rechnen Ärzte nicht nach dem Vertrag mit der KVH ab, sind ihre Leistungen im tariflichen Umfang insoweit erstattungsfähig, als sie es bei Abrechnung nach dem Vertrag mit der KVH wären.

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.

- Krankenfahrräder 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.

Leistungen von Ärzten und Psychotherapeuten, die nach dem Vertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) abrechnen, sind in voller Höhe erstattungsfähig.

Rechnen Ärzte und Psychotherapeuten nicht nach dem Vertrag mit der KVH ab, sind ihre Leistungen insoweit erstattungsfähig, als sie es bei Abrechnung nach dem Vertrag mit der KVH wären, und die Zahl der Sitzungen 40 je versicherte Person und Kalenderjahr nicht übersteigt.

- 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 (BpflV) in der jeweils geltenden Fassung

sowie Leistungen von Belegärzten, Beleghebammen und Belegentbindungspflegern.

Sofern Krankenhäuser nach dem KHG/KHEntgG bzw. der BpflV 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 BpflV 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 Einzelzahnes) und Provisorien.

Leistungen von Zahnärzten, die nach dem Vertrag mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen (KZVH) abrechnen, sind in voller Höhe erstattungsfähig.

Ausgenommen ist die Versorgung mit Zahnersatz. Nach dem Vertrag mit der KZVH wird die vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz höchstens mit dem 2,3fachen Satz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abgerechnet. Für darüber hinausgehende außervertragliche Leistungen können höhere Sätze in Rechnung gestellt werden. Die Kosten hierfür sind jedoch in jedem Fall nur bis zum 2,0fachen Satz der GOZ erstattungsfähig.

Rechnen Zahnärzte nicht nach dem Vertrag mit der KZVH ab, sind ihre Leistungen im tariflichen Umfang insoweit erstattungsfähig, als sie es bei Abrechnung

nach dem Vertrag mit der KZVH wären.

Die gesondert berechenbaren zahntechnischen Material- und Laborkosten für Zahnersatz sind erstattungsfähig, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs VTN U 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 VTN U 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	Erstattung bei		
	ambulanter, Kurz- und Zahnbehandlung einschl. Zahnprophylaxe/ Kieferorthopädie	stationärer Krankenhausbehandlung	Zahnersatz
20/15	20 %	15 %	18 %
25/15	25 %	15 %	22,5 %
30/15	30 %	15 %	27 %
35/20	35 %	20 %	31,5 %
40/25	40 %	25 %	36 %
45/30	45 %	30 %	40,5 %
50/35	50 %	35 %	45 %

3. Serviceleistung Beihilfeauszahlung

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.

4. Serviceleistung Direktabrechnung

Zwischen dem Versicherer und zahlreichen medizinischen Leistungserbringern bzw. deren Standesorganisationen - z.B. der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen und Krankenhäusern - bestehen Verträge, nach denen die Kosten der in Anspruch genommenen Leistungen direkt und ohne Beteiligung des Versicherungsnehmers abgerechnet werden.

Soweit Teile dieser Kosten nach der Hessischen Beihilfenverordnung oder nach diesem Tarif von dem Versicherungsnehmer zu tragen sind, ist dieser verpflichtet, sie auf Anforderung des Versicherers unverzüglich zurückzuzahlen.

**Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs VTN U
für zahntechnische Leistungen**

Stand 01.12.2012

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR		
001	Modell	5,18	203	zweiarmige Klammer/ Approximalklammer/ Ringklammer/ Rücklaufklammer/ Bonyhardklammer, Gegenlager/ Doppelbogenklammer	18,28
002	Doublieren/ Platzhalter einfügen/ Verwendung von Kunststoff/ Galvanisieren	12,19	204	zweiarmige Klammer, Auflage/ Approximalklammer, Auflage/ Ringklammer, Auflage/ Rücklaufklammer, Auflage/ Bonyhardklammer, Auflage/ Überwurfklammer, Auflage	21,84
003	Set-up	3,89	205	Bonwillklammer	38,25
005	Stumpfmodell	7,85	208	Rückenschutzplatte/ Metallzahn/ Metallkaufäche	30,62
007	Zahnkranz sockeln	5,27	210	Lösungsknopf für Friktionsprothese	7,56
011	Modellpaar trimmen/ Fixator	4,61	211	Abschlussrand	14,68
012	Einstellen in Mittelwertartikulator	5,27	212	Zuschlag einzelne Klammer	20,80
013	Modellpaar sockeln	11,83	301	Aufstellung Wachsbasis Grundeinheit	32,45
020	Basis für Konstruktionsbiss/ Basis für Vorbissnahme	5,98	302	Aufstellung auf Wachsbasis, je Zahn	1,54
021	Basis für Autopolymerisat	19,51	303	Aufstellung auf Metallbasis, je Zahn	1,94
022	Bisswall	4,93	341	Übertragung einer Aufstellung auf Metall je Zahn	1,89
024	Übertragungskappe	20,04	361	Fertigstellung einer Prothese Grundeinheit	31,86
031	Provisorische Krone oder Brückenglied	28,26	362	Fertigstellung je Zahn	1,54
032	Formteil	18,90	380	einarmige Klammer/ Inlayklammer/ Interdental-Knopfklammer/ Approximalklammer/ Auflage/ Bonyhardklammer	7,19
101	Vollkrone Metall/ Krone für Keramikverblendung/ Wurzelstiftkappe	61,21	381	zweiarmige Klammer, Auflage/ Bonyhardklammer, Auflage/ Überwurfklammer/ Doppelbogenklammer	13,10
102	Vollkrone Stufenpräparation/ Teilkrone/ Krone für Kunststoffverblendung	67,98	382	Weichkunststoff ZE	48,70
103	Vorbereiten Krone/ Krone einarbeiten/ Stiftaufbau einarbeiten	11,93	383	Herstellung eines Zahnes aus zahnfarbenem Kunststoff	15,35
104	Modellation gießen	13,12	401	Aufbissschiene/ Knirscherschiene/ Bissführungsplatte	70,48
105	Stiftaufbau	45,18	402	Minioplastschiene/ Retentionsschiene/ Verband-, Verschlussplatte	50,38
110	Brückenglied	47,06	403	Umarbeiten einer Prothese zum Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche	40,79
111	Mantelkrone Kunststoff	64,28	404	Festsitzende Schiene aus Kunststoff mit adjustierter Oberfläche, je Zahn	9,42
112	Mantelkrone Keramik	80,20	405	Abnehmbare Dauerschiene mit adjustierter Oberfläche aus Metall	-
120	Teleskopierende Krone	202,82	701	Basis für Einzelkiefergerät	35,89
130	Steg	72,38	702	Basis für bimaxilläres Gerät	77,81
131	Steglasche/ Stegreiter	48,64	703	Schiefe Ebene	34,96
132	Steggeschiebe individuell	89,75	704	Vorhofplatte	31,36
133	Individuelles Geschiebe/ Ankerbandklammer/ Rillen-Schulter-Geschiebe	184,54	705	Kinnkappe	30,10
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			
201	Metallbasis	110,75			
202	einarmige Klammer/ Inlayklammer/ fortlaufende Klammer/ Bonyhardklammer/ Krallen/ Ney-Stiel/ Auflage/ Umgehungsbügel	11,70			

Leistung		erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR	Leistung		erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
710	Aufbiss	8,49	770	Remontieren eines Gerätes ohne Kunststoffbasis	28,19
711	Abschirmelement	14,61	801	Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung	14,68
712	Weichkunststoff KFO	20,19	802	Leistungseinheit Sprung/Bruch/ Zahn einarbeiten/ Basisteil Kunststoff/ Klammer einarbeiten/ Rückenschutzplatte/ Kunststoffsattel	7,26
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	mehrmarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	8,89			
761	Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung einer KFO-Basis oder Aufbissbehelfs	14,68			
762	Leistungseinheit Dehn-, Regulierungselement	7,26			

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