



Recht

Allgemeine Versicherungs- bedingungen 2009 für den Standardtarif

Stand: 1. Dezember 2009
Bestell-Nr. 12-011209-08



Verband der privaten Krankenversicherung e.V.
Bayenthalgürtel 26 · 50968 Köln
Telefon (0221) 99 87 - 0 · Telefax (0221) 99 87 - 39 50
Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin
Telefon (030) 20 45 89 - 0 · Telefax (030) 20 45 89 - 33
www.pkv.de · info@pkv.de

Allgemeine Versicherungsbedingungen 2009 für den Standardtarif

Inhalt

Teil I - Musterbedingungen 2009

für den Standardtarif (MB/ST 2009) §§ 1 – 19.....	3
Präambel.....	3
Der Versicherungsschutz	4
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes.....	4
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes	8
§ 3 Wartezeiten.....	9
§ 4 Umfang der Leistungspflicht.....	10
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht.....	12
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen	13
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes.....	15
Pflichten des Versicherungsnehmers.....	15
§ 8 Beitragszahlung	15
§ 8a Beitragsberechnung, -begrenzung, -angleichung und -anpassung.....	17
§ 9 Obliegenheiten	21
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	22
§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverlet- zungen bei Ansprüchen gegen Dritte.....	22
§ 12 Aufrechnung	23
Ende der Versicherung	23
§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer.....	23
§ 14 Kündigung durch den Versicherer.....	25
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe	25
Sonstige Bestimmungen	26
§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen	26
§ 17 Gerichtsstand	26
§ 18 Änderungen des Standardtarifs	27
§ 19 Wechsel in den Basistarif	28

Teil II - Tarifbedingungen

für den Standardtarif (TB/ST) Nr. 1 - 10 *im Teil I integriert*

Nr. 1	Tarifestufen, Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit, Nachweispflichten	4
Nr. 2	Wartezeitenanrechnung.....	9
Nr. 3a	Psychotherapie.....	10
Nr. 3b	Zahntechnik (Material- und Laborkosten)	10
Nr. 3c	Definitionen	10
Nr. 3d	Einschränkung	11
Nr. 4	Nachweise.....	14
Nr. 5	Wechselkurs.....	14
Nr. 6	Kosten.....	15
Nr. 7	Mahnkosten.....	17
Nr. 8	Eintrittsalter	18
Nr. 9	Keine Zusatzversicherung.....	21
Nr. 10	Leistungsänderung.....	27

Teil III – Tarif ST 29

Einführung	29
Tarifstufe STN	29
Tarifstufe STB	29
Bemessung der ärztlichen/zahnärztlichen Gebühren.....	31
Leistungen des Versicherers	31
A. Ambulante Behandlung	31
B. Zahnbehandlung und -ersatz, Kieferorthopädie	35
C. Stationäre Heilbehandlung	37
D. Entbindungen	38
Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs.....	39
Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs für zahntechnische Leistungen	43

Allgemeine Versicherungsbedingungen 2009 für den Standardtarif

Teil I - Musterbedingungen 2009 für den Standardtarif (MB/ST 2009) §§ 1 – 19

Teil II - Tarifbedingungen für den Standardtarif (TB/ST) Nr. 1 - 10

Präambel

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

Das Leistungsversprechen des Standardtarifs ist dem der GKV vergleichbar und kann auch künftig angepasst werden (s. Nr. 10 TB/ST). Für Personen mit Beihilfeanspruch werden die den Leistungen der GKV vergleichbaren Leistungen des Standardtarifs in Höhe des vom Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils erbracht.

Die im Standardtarif erstattungsfähigen Gebührensätze können durch Verträge zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband) im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften einerseits und den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen andererseits geändert werden.

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

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

Nr. 1 Tarifstufen, Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit, Nachweispflichten

(1) Der Standardtarif wird in zwei Tarifstufen angeboten:

- Tarifstufe STN
- Tarifstufe STB

(2) Aufnahme- und versicherungsfähig in Tarifstufe STN sind Personen, die bei Krankheit **keinen** Beihilfeanspruch nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens 10 Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 VAG) verfügen, wenn sie

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

- (3) Aufnahme- und versicherungsfähig in Tarifstufe STB sind Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren im Sinne der Beihilfenvorschriften des Bundes oder eines Bundeslandes berücksichtigungsfähige Angehörige, wenn sie über eine Vorversicherungszeit von mindestens 10 Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 VAG) verfügen und die Voraussetzungen nach Absatz 2a und b erfüllen. Außerdem sind in Tarifstufe STB Personen aufnahme- und versicherungsfähig, die über eine Vorversicherungszeit von mindestens 10 Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 VAG) verfügen und vor Vollendung des 55. Lebensjahres ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen und deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 SGB IV) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 SGB V nicht übersteigt; dies gilt auch für deren Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Standardtarifversichererten in der GKV nach § 10 SGB V familienversichert wären.
- (4) Neben dem Standardtarif darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskosten-Teil- oder Vollversicherung bestehen oder abgeschlossen werden; auch nicht bei einem anderen Versicherungsunternehmen.
- (5) Die Voraussetzungen für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit müssen durch die Vorlage von Unterlagen nachgewiesen werden, z. B.:
- aktueller Einkommensteuerbescheid
 - Nichtveranlagungsbescheinigung
 - Rentenantrag mit Eingangsbestätigung des Rentenversicherungsträgers
 - Rentenbescheid bzw. Rentnerausweis
 - Bestätigung über Ruhegehaltsbezug nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften
 - Bestätigung der Beihilfestelle über Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen
 - Bestätigung der Beihilfestelle über Berücksichtigungsfähigkeit von Angehörigen bei der Beihilfe
 - Ernennungsurkunde über die Berufung in das Beamtenverhältnis
- (6) Ändert sich bei einem Versicherten mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, so hat der

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

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

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

- (7) *War zu Beginn der Versicherung das Risiko durch Vorerkrankungen erhöht, wird bei Versicherten nach Absatz 2 und 3 ein vereinbarter Risikozuschlag bei Fortbestehen der Risikoerhöhung in gleicher prozentualer Höhe auch im Standardtarif erhoben. Ist der Versicherungsschutz des Standardtarifs aber höher oder umfassender als der bisherige, kann insoweit ein Risikozuschlag verlangt werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten einzuhalten. Ein zu Beginn der Versicherung vereinbarter Leistungsausschluss wird bei Fortbestehen der Risikoerhöhung in einen Risikozuschlag umgewandelt. Der sich mit dem Risikozuschlag ergebende Beitrag darf jedoch die Beitragsbegrenzung nach § 8a Abs. 2 MB/ST nicht übersteigen. Personen, deren Aufnahme im Standardtarif nach § 257 Abs. 2a Nr. 2c SGB V in der bis 31. Dezember 2008 geltenden Fassung erfolgte, werden für die Dauer der Versicherung nach Tarifstufe STB nicht durch den bei Antragstellung festgestellten und dokumentierten Risikozuschlag belastet.*

- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
- a) Untersuchung und notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen).
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.
- (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz ver-

langen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten einzuhalten.

Beantragen Personen, deren Aufnahme in den Standardtarif nach § 257 Abs. 2a Nr. 2c SGB V in der bis 31. Dezember 2008 geltenden Fassung erfolgte, die Umwandlung der Versicherung nach dem Standardtarif in einen gleichartigen Versicherungsschutz, wird außerdem der zuletzt festgestellte und dokumentierte Risikozuschlag zugrunde gelegt.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

- (3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

§ 3 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
Sie entfällt
- a) bei Unfällen;
 - b) für den Ehegatten oder Lebenspartner einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
- (4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
- (5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf freie Heilfürsorge.
- (6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitenregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Nr. 2 Wartezeitenanrechnung

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

Nr. 3a Psychotherapie

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

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Psychotherapie durch andere Behandler.

Nr. 3b Zahntechnik (Material- und Laborkosten)

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

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

Nr. 3c Definitionen

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

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

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

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

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

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

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

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

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Nr. 3d Einschränkung

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

- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegseignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - f) für Behandlung durch Ehegatten, Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

Nr. 4 Nachweise

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

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

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

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

(2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG .

(3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(4) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

Nr. 5 Wechselkurs

Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank,

Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

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

Nr. 6 Kosten

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

- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) später als einen Monat nach Entste-

hen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 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 wird mit 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz verzinst.

- (4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.
- (5) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (6) Ist der Versicherungsnehmer im Standardtarif mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer 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 versicherten 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 Säumnis-

zuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten.

Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenen 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 Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

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

Nr. 7 Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je Mahnung 5,00 EUR.

- (7) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (8) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

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

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in

den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

Nr. 8 Eintrittsalter

(1) Die Höhe des Tarifbeitrags richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den Standardtarif und dem Geburtsjahr. Der Tatsache, dass das Eintrittsalter der versicherten Person in die Krankheitskostenversicherung, aus der sie in den Standardtarif wechselt, niedriger gewesen ist, wird in der Weise Rechnung getragen, dass die Alterungsrückstellung anzurechnen ist. Dabei darf der neue Beitrag den halben niedrigsten Erwachsenenbeitrag (Frauen, Männer) der versicherten Leistungsstufe nicht unterschreiten.

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

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

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

Für Personen mit Beihilfeanspruch sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige ist der zu zahlende Beitrag nach Satz 1 begrenzt auf den durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-

Hundert-Anteil des durchschnittlichen Höchstbeitrags der GKV gemäß Satz 3. Der für die Beitragsbegrenzung maßgebliche Beihilfesatz ist der nach den jeweiligen Beihilfebestimmungen gültige Beihilfebemessungssatz; abweichende Beihilfebemessungssätze für einzelne Arten beihilfefähiger Aufwendungen bleiben hier außer Betracht.

Die Voraussetzungen für die Beitragsbegrenzung sind nachzuweisen.

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

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

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

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

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

- (3) Ändert sich der durchschnittliche Höchstbeitrag der GKV, wird bei Versicherten, die einen Zuschuss des Versicherers gemäß Absatz 2 letzter Satz erhalten, eine Beitragsangleichung auf den kalkulatorisch notwendigen Beitrag vorgenommen, höchstens jedoch bis zur Höhe des neuen durchschnittlichen Höchstbeitrags der GKV. Absatz 2 Satz 1 und 3 gelten entsprechend.

- (4) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Schadenwahrscheinlichkeit) oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend werden jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten verglichen. Dies geschieht jeweils getrennt für jede Beobachtungseinheit der Tarifstufen STN und STB anhand der jeweiligen Gemeinschaftsstatistik gemäß den Festlegungen in den technischen Berechnungsgrundlagen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Veränderung der Schadenwahrscheinlichkeit von mehr als 10 v. H. bzw. der Sterbewahrscheinlichkeit von mehr als 5 v. H., so werden die Beiträge der betroffenen Beobachtungseinheiten überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst. Bei einer Veränderung der Schadenwahrscheinlichkeiten von mehr als 5 v. H. können die Beiträge der betroffenen Beobachtungseinheiten überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst werden. Von einer solchen Beitragsanpassung wird abgesehen, wenn die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (5) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch eine beitragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung und besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend dem erforderlichen Beitrag ändern.
- (6) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. 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 in dem Umfang ausgeschlossen, in dem eine Alterungsrückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis zu bilden ist.

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

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

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges sowie für die Beitrags-einstufung der versicherten Personen erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsbe-rechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

Nr. 9 Keine Zusatzversicherung

Neben dem Standardtarif darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskosten-Teil- oder Vollversicherung bestehen oder abgeschlossen werden; auch nicht bei einem anderen Versicherungsunternehmen. Besteht gleichwohl eine solche Versiche-

rung, entfällt für die Dauer dieser Versicherung die Begrenzung des Höchstbeitrages auf den Höchstbeitrag der GKV gemäß § 8a Abs. 2.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird die in § 9 Abs. 5 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) dient, auch kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten

erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsver eins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung krankenversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenvollversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht

Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

- (4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel (§ 8a) oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (7) Die Kündigung des Standardtarifs nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 setzt voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die

Kündigung wird erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

- (8) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- (9) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung

ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnort oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen des Standardtarifs

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

Nr. 10 Leistungsänderung

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

- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Re-

gelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 19 Wechsel in den Basistarif

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

Teil III – Tarif ST

Einführung

In den Abschnitten A bis D des Tarifs sind die Leistungen des Versicherers festgelegt. Es wird dargelegt, worauf sich die Leistungspflicht des Versicherers bezieht (z. B. Aufwendungen für ambulante ärztliche Behandlung – Abschnitt A 1) und in welchem Umfang der Versicherer zur Erstattung der entstandenen Aufwendungen verpflichtet ist (z. B. 100 v. H. der Aufwendungen für ambulante ärztliche Behandlung gemäß Abschnitt A 1 oder 65 v. H. der Aufwendungen für Zahnersatz gemäß Abschnitt B 2). Die Höhe der Versicherungsleistungen hängt dann davon ab, welcher Tarifstufe die versicherte Person angehört bzw. welcher Leistungsstufe innerhalb der Tarifstufe.

Tarifstufe STN

für versicherte Personen **ohne** Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen

Die Höhe der Versicherungsleistungen beträgt 100 v. H. der Leistungszusage nach den Abschnitten A bis D des Tarifs.

Beispiel:

*Erstattungsfähige Aufwendungen des Versicherten für Zahnersatz:
1.000 EUR*

Leistungszusage gemäß Abschnitt B 2 des Tarifs ST: 65 v. H. der erstattungsfähigen Aufwendungen = 650 EUR

Versicherungsleistung (Erstattungsbetrag): 100 v. H. der Leistungszusage = 650 EUR

Tarifstufe STB

für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen.

Die Höhe der Versicherungsleistungen hängt ab von der Leistungsstufe, der die versicherte Person zugeordnet ist. Die Zuordnung zu den verschiedenen Leistungsstufen wird bestimmt durch den Beihilfebemessungssatz der versicherten Person. Beihilfebemessungssatz und Erstattungssatz des Standardtarifs

in Tarifstufe STB ergeben zusammen jeweils 100 v. H. (Beispiel: Beihilfebemessungssatz 80 v. H. > Erstattungssatz 20 v. H. = Leistungsstufe 20). Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über Leistungsstufen und Erstattungssätze. Die Leistungsstufe STB 100 ist solchen Personen vorbehalten, die nach Tarifstufe STB versichert sind und ihren Beihilfeanspruch verlieren.

Tarifstufe	STB										
Leistungsstufe	100	70	60	50	45	40	35	30	25	20	15
Erstattungssatz Abschnitt A., B., C., D. (ambulant, Zahn, stationär, Entbindung)	100 v.H.	70 v.H.	60 v.H.	50 v.H.	45 v.H.	40 v.H.	35 v.H.	30 v.H.	25 v.H.	20 v.H.	15 v.H.

Tarifstufe	STB										
Leistungsstufe	70/55	60/45	55/40	50/35	45/30	40/25	35/20	30/15	25/15	20/15	
Erstattungssatz Abschnitt A., B., D.1 (ambulant, Zahn, am- bulante Entbindung)	70 v.H.	60 v.H.	55 v.H.	50 v.H.	45 v.H.	40 v.H.	35 v.H.	30 v.H.	25 v.H.	20 v.H.	
Erstattungssatz Abschnitt C., D.2 (stationär, stationäre Entbindung)	55 v.H.	45 v.H.	40 v.H.	35 v.H.	30 v.H.	25 v.H.	20 v.H.	15 v.H.	15 v.H.	15 v.H.	

Beispiel:

*Erstattungsfähige Aufwendungen des Versicherten für Zahnersatz:
1.000 EUR*

*Leistungszusage gemäß Abschnitt B 2 des Tarifs ST: 65 v. H. der er-
stattungsfähigen Aufwendungen = 650 EUR*

*Versicherungsleistung (Erstattungsbetrag) bei Leistungsstufe 20: 20
v. H. der Leistungszusage = 130 EUR*

Bemessung der ärztlichen/zahnärztlichen Gebühren

Die Bemessung der Gebühren für ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen bei Versicherten des Standardtarifs der privaten Krankenversicherung sowie die Ermächtigung des PKV-Verbandes, durch Vereinbarungen mit den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften davon abzuweichen, ist in § 75 Abs. 3a und 3b SGB V geregelt.

Der Erstattung nach den Abschnitten A. 1, A. 2, B. 1, B. 2, B. 3, C. 2, D. 1 und D. 2 werden für ärztliche und zahnärztliche Leistungen maximal die Aufwendungen bis zu den dort genannten Gebührensätzen zugrunde gelegt.

Leistungen des Versicherers

A. Ambulante Behandlung

1. Ambulante, ärztliche Behandlung, Früherkennung

100 v. H.

der erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen nach auf der Grundlage gesetzlicher Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland eingeführten Programmen, soweit die Gebühren die folgenden Gebührensätze nicht übersteigen:

- 1,16facher Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für Leistungen nach Abschnitt M des Gebührenverzeichnis der GOÄ (Laboratoriumsuntersuchungen) sowie Nr. 437 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung, bis zu 24 Stunden Dauer);
- 1,38facher Satz GOÄ für Leistungen nach den Abschnitten A (Gebühren in besonderen Fällen), E (Physikalisch-medizinische Leistungen), O (Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie) des Gebührenverzeichnisses der GOÄ;
- 1,8facher Satz GOÄ für Leistungen nach den übrigen Abschnitten des Gebührenverzeichnisses der GOÄ.

2. Psychotherapie

100 v. H.

der erstattungsfähigen Aufwendungen unter der Voraussetzung der Nr. 3a TB/ST bis zu 25 Sitzungen im Kalenderjahr; auch bei nichtärztlichen Therapeuten werden die Aufwendungen wie für ärztliche Therapeuten bis zum 1,8fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) erstattet.

3. Rettungsfahrten

90 v. H.

der Fahrkosten zum nächsterreichbaren

- Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall bzw. Notfall, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist;
- Arzt oder Krankenhaus, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines Krankenwagens benötigt werden.

Hinsichtlich des vom Versicherten zu tragenden Anteils an den Fahrkosten in Höhe von 10 v. H. gilt folgendes: Die Selbstbeteiligung beträgt mindestens 5 Euro, soweit die tatsächlich entstandenen Kosten nicht darunter liegen, und höchstens 10 Euro. Wenn die Fahrkosten unter 5 Euro liegen, trägt sie der Versicherte; erstattungsfähige Aufwendungen entstehen dann nicht.

4. Häusliche Behandlungspflege

90 v. H.

der erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen durch Pflegefachkräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (z. B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen, Blutdruckmessungen), bis zu den von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbarten Höchstsätzen.

Der je Versichertem zu tragende Anteil von 10 v. H. der erstattungsfähigen Aufwendungen ist begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten. Bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch

nicht vollendet haben, entfällt die Selbstbeteiligung, es werden 100 v. H. der Kosten erstattet.

5. Arznei- und Verbandmittel

80 v. H.

der erstattungsfähigen Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel (s. Nr. 3c Abs. 1 TB/ST),

nach Erreichen des Selbstbehalts gemäß Abschnitt A 9

100 v. H.

6. Heilmittel

80 v. H.

der nach dem Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs für die Leistungen

- des Masseurs, des Masseur und medizinischen Bademeisters, des Krankengymnasten (s. Nr. 3c Abs. 2 TB/ST)
- des Logopäden (s. Nr. 3c Abs. 3 TB/ST)

erstattungsfähigen Aufwendungen,

nach Erreichen des Selbstbehalts gemäß Abschnitt A 9

100 v. H.

7. Hilfsmittel

80 v. H.

der erstattungsfähigen Aufwendungen für folgende Hilfsmittel in Standardausführung (s. Nr. 3c Abs. 4 TB/ST):

Bandagen, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, orthopädische Schuhe, Kompressionsstrümpfe, Korrekturschienen, Kunstglieder, Liegeschalen, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf),

nach Erreichen des Selbstbehalts gemäß Abschnitt A 9

100 v. H.

8. Hilfsmittel mit maximalen erstattungsfähigen Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Brillengläser, soweit der Versicherte das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, Hörgeräte und Krankenfahrstühle (s. Nr. 3c Abs. 4 TB/ST) bis:

- zu den Festbeträgen der gesetzlichen Krankenversicherung für Brillengläser,
- 512 EUR für Hörgeräte innerhalb von 3 Kalenderjahren,
- 767 EUR für Krankenfahrstühle.

Bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind Aufwendungen für Brillengläser bis zu den Festbeträgen der gesetzlichen Krankenversicherung erstattungsfähig, wenn bei ihnen aufgrund ihrer Sehschwäche oder Blindheit auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung besteht oder wenn Augenverletzungen oder Augenerkrankungen mit einer nach den Richtlinien der gesetzlichen Krankenkassen indizierten therapeutischen Sehhilfe behandelt werden müssen.

9. Selbstbehalt für die Abschnitte A.5 bis A.7

Tarifstufe	STN	STB											
Leistungsstufe	100	100	70,	60,	55/40	50,	45,	40,	35,	30,	25,	20,	15
		70/55	70/45	50/35	45/30	40/25	35/20	30/15	25/15	20/15			
Selbstbehalt (EUR)	306	306	214	184	168	153	138	122	107	92	76	61	46

Erstattungsfähige Aufwendungen nach Abschnitt A.5 bis A.7 werden zu 80 v.H. der Erstattung zugrunde gelegt. Der hierdurch entstehende Selbstbehalt von 20 v.H. der erstattungsfähigen Aufwendungen wirkt sich bei der Erstattung je nach vereinbarter Tarifstufe aus. Der letztendlich beim Versicherten verbleibende Selbstbehalt ist auf den in der vorstehenden Tabelle genannten Betrag beschränkt. Darüber hinausgehende erstattungsfähige Aufwendungen werden zu 100 v.H. der Erstattung zugrunde gelegt. Der Selbstbehalt und die Erhöhung auf 100 v.H. gelten je versicherte Person und Kalenderjahr.

Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen wor-

den sind. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird der Selbstbehalt für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden am vollen Kalenderjahr fehlenden Monat gemindert. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindert sich der Selbstbehalt nicht.

B. Zahnbehandlung und -ersatz, Kieferorthopädie

1. Zahnärztliche Behandlung, Früherkennung, Prophylaxe

100 v. H.

der erstattungsfähigen Aufwendungen für

- konservierende und chirurgische zahnärztliche Leistungen,
- zahnärztliche Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
- zahnärztliche Strahlendiagnostik,
- gezielte Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
- individuelle Prophylaxe in Einzelunterweisung,

soweit die Gebühren das 2,0fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. die in Abschnitt A. 1 dieses Tarifs genannten Gebührensätze des Gebührenverzeichnisses der GOÄ nicht übersteigen.

2. Zahnärztliche Behandlung für Zahnersatz, Funktionsanalyse, Implantologie, Zahntechnik

65 v. H.

- der erstattungsfähigen Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen für
 - Einlagefüllungen in metallischer Ausführung ohne Verblendung
 - Kronen (Vollkrone/Teilkrone) und Brücken in metallischer Ausführung mit Verblendung bis zum Zahn 5
 - Prothesen
 - funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

- implantologische Leistungen, begrenzt auf das Einbringen von zwei Implantaten in den zahnlosen Unterkiefer und den darauf zu befestigenden Zahnersatz
- Heil- und Kostenplan sowie vorbereitende Maßnahmen,

soweit die Gebühren das 2,0fache des Gebührensatzes der GOZ bzw. die in Abschnitt A. 1 dieses Tarifs genannten Gebührensätze des Gebührenverzeichnisses der GOÄ nicht übersteigen.

- der nach dem Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Standardtarifs erstattungsfähigen Aufwendungen für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien (s. Nr. 3b TB/ST)

Voraussetzung

Vor Beginn der Behandlung ist dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan mit vollständiger Befundangabe vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Gesamtkosten 2.557 EUR übersteigen. Der Versicherer prüft den Heil- und Kostenplan und gibt über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft. Wird vor Erhalt dieser Auskunft mit der Behandlung begonnen oder wird kein Heil- und Kostenplan vorgelegt, wird der 2.557 EUR übersteigende Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht zu 65 v. H., sondern zu 40 v. H. der Erstattung zugrunde gelegt.

3. Kieferorthopädische Behandlung

80 v. H.

der Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, wenn eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt, soweit die Gebühren das 2,0fache des Gebührensatzes der GOZ bzw. die in Abschnitt A. 1 dieses Tarifs genannten Gebührensätze des Gebührenverzeichnisses der GOÄ nicht übersteigen.

Voraussetzung

Vor Beginn der Behandlung ist dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan mit vollständiger Befundangabe vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Gesamtkosten 2.557 EUR übersteigen. Der Versicherer prüft den Heil- und Kostenplan und gibt über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft. Wird vor Erhalt dieser Auskunft mit der Behandlung begonnen oder wird kein Heil- und Kostenplan vorgelegt, wird der 2.557 EUR überstei-

gende Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht zu 80 v. H., sondern zu 40 v. H. der Erstattung zugrunde gelegt.

C. Stationäre Heilbehandlung

1. Krankenhausbehandlung

100 v. H. der 10 EUR pro Tag übersteigenden

Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen (s. Nr. 3d TB/ST).

Der je Versichertem zu tragende Anteil von 10 EUR täglich endet nach 28 Tagen Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Kalenderjahres.

Bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt die Zuzahlung. Es werden vom ersten Tag des Krankenhausaufenthaltes 100 v. H. der Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen erstattet.

2. Belegärztliche Behandlung

100 v. H.

der Aufwendungen für belegärztliche (nicht wahlärztliche) Leistungen, soweit die Gebühren das 2,0fache des Gebührensatzes der GOZ bzw. die folgenden Gebührensätze der GOÄ nicht übersteigen:

- 1,16facher Satz GOÄ für Leistungen nach Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (Laboratoriumsuntersuchungen) sowie Nr. 437 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung, bis zu 24 Stunden Dauer);
- 1,38facher Satz GOÄ für Leistungen nach den Abschnitten A (Gebühren in besonderen Fällen), E (Physikalisch-medizinische Leistungen), O (Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie) des Gebührenverzeichnisses der GOÄ;
- 1,8facher Satz GOÄ für Leistungen nach den übrigen Abschnitten des Gebührenverzeichnisses der GOÄ.

3. Fahrkosten

90 v. H.

der Fahrkosten zum nächstgelegenen Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden, und Fahrkosten vom Krankenhaus bis zu 100 Kilometer.

Hinsichtlich des vom Versicherten zu tragenden Anteils an den Fahrkosten in Höhe von 10 v.H. gilt folgendes: Die Selbstbeteiligung beträgt mindestens 5 Euro, soweit die tatsächlich entstandenen Kosten nicht darunter liegen, und höchstens 10 Euro. Wenn die Fahrkosten unter 5 Euro liegen, trägt sie der versicherte; erstattungsfähige Aufwendungen entstehen dann nicht.

D. Entbindungen

1. Häusliche Entbindungen

Für häusliche Entbindungen gilt Abschnitt A.

2. Stationäre Entbindungen

Für Entbindungen im Krankenhaus einschließlich der Unterbringungskosten für das gesunde Neugeborene gilt Abschnitt C.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen nach Abschnitt D.1 und D.2 gehören auch Aufwendungen für Hebammen und Entbindungspfleger. Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu den Sätzen der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung in der jeweils gültigen Fassung.

Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag in Euro
----------	--

I. Inhalationen

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

II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen

002	Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung – einschl. der erforderlichen Massage –	19,50
003	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10
004	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen, als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
005	Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Pers.) – auch orthopädisches Turnen –, je Teilnehmer	6,20
006	Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Pers.), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
007	Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Pers.) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
007a	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
008	Bewegungsübungen	7,70
009	Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	23,60
010	Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Pers.), je Teilnehmer – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	11,80
011	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50
012	Chirogymnastik – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	14,40

Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag in Euro	
013	Erweiterte ambulante Physiotherapie, Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90
015	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschiene)	5,20
016	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70

III. Massagen

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

IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder

020	Heiße Rolle – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	10,30
021	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile – einschl. der erforderlichen Nachruhe – bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80
022	An- und absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe) – einschl. der erforderliche Nachruhe –	12,30
023	Wechsel-Teilbad – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	9,20
025	Medizinische Bäder mit Zusätzen	
	a) Teilbad(Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vegetabilische Extrakte, ätherischer Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	6,70
	b) Sitzbad mit Zusatz – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	13,30

Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag in Euro
c) weitere Zusätze, je Zusatz	3,10
026 Gashaltige Bäder	
a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	19,50
b) Gashaltiges Bad mit Zusatz – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	22,50
c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	21,00

V. Kälte- und Wärmebehandlung

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

VI. Elektrotherapie

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

VII. Lichttherapie

037 Behandlung mit Ultraviolettlicht	
a) als Einzelbehandlung	3,10

Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag in Euro
b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60
038 a) Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultraviolettlicht	3,10
b) Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20
039 Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
040 Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70

VIII. Logopädie

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

Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs für zahntechnische Leistungen

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag in Euro	
001	Modell	5,22
002	Doublieren/Platzhalter einfügen/Verwendung von Kunststoff/Galvanisieren	13,29
003	Set-up	7,86
005	Stumpfmodell	8,96
007	Zahnkranz sockeln	5,26
011	Modellpaar trimmen/Fixator	7,91
012	Einstellen in Mittelwertartikulator	7,70
013	Modellpaar sockel	20,04
020	Basis für Konstruktionsbiss/Basis für Vorbissnahme	7,04
021	Basis für Autopolymerisat	18,49
022	Bisswall	5,19
024	Übertragungskappe	20,28
031	Provisorische Krone oder Brückenglied	28,41
032	Formteil	15,93
101	Vollkrone Metall/Krone für Keramikverblendung/ Wurzelstiftkappe	60,42
102	Vollkrone Stufenpräparation/Teilkrone/Krone für Kunststoffverblendung	65,89
103	Vorbereiten Krone/Krone einarbeiten/Stiftaufbau einarbeiten	11,84
104	Modellation gießen	15,28
105	Stiftaufbau	43,15
110	Brückenglied	49,62
111	Mantelkrone Kunststoff	60,44
112	Mantelkrone Keramik	85,14
120	Teleskopierende Krone	203,28
130	Steg	83,86
131	Steglasche/Stegreiter	46,02
132	Steggeschiebe individuell	94,67
133	Individuelles Geschiebe/Ankerbandklammer/Rillen- Schulter-Geschiebe	177,82

Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs für zahntechnische Leistungen

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag in Euro	
134	Konfektions-Geschiebe/Konfektions-Gelenk/ Konfektions-Anker/Konfektions-Riegel	85,34
135	Friktionsstift/Federbolzen/Schraube/Bolzen	42,30
136	Gefrästes Lager	44,62
137	Schubverteilungsarm	25,80
140	Riegel individuell	113,51
150	Metallverbindung nach Brand	24,85
160	Verblendung Kunststoff	36,69
161	Zahnfleisch aus Kunststoff	13,88
162	Verblendung aus Keramik	75,60
163	Zahnfleisch aus Keramik	30,14
201	Metallbasis	107,11
202	einarmige Klammer/Inlayklammer/fortlaufende Klammer/Bonyhardklammer/Kralle/Ney-Stiel/Auflage/ Umgehungsbügel	11,25
203	zweiarmige Klammer/Approximalklammer/ Ringklammer/	17,77
204	zweiarmige Klammer, Auflage/Approximalklammer, Auflage/ Ringklammer, Auflage/Rücklaufklammer, Auflage/Bonyhardklammer, Auflage/Überwurfklammer, Auflage	22,64
205	Bonwillklammer	39,56
208	Rückenschutzplatte/Metallzahn/Metallkaufäche	36,65
210	Lösungsknopf für Friktionsprothese	11,89
211	Abschlussrand	16,28
212	Zuschlag einzelne Klammer	18,89
301	Aufstellung Wachsbasis Grundeinheit	24,27
302	Aufstellung auf Wachsbasis, je Zahn	1,62
303	Aufstellung auf Metallbasis, je Zahn	1,88
341	Übertragung einer Aufstellung auf Metall je Zahn	1,45
361	Fertigstellung einer Prothese Grundeinheit	39,27
362	Fertigstellung je Zahn	2,80

Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs für zahntechnische Leistungen

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag in Euro	
380	einarmige Klammer/Inlayklammer/Interdental-Knopfklammer/ Approximalklammer/Auflage/Bonyhardklammer	9,42
381	zweiarmige Klammer, Auflage/Bonyhardklammer, Auflage/ Überwurfklammer/Doppelbogenklammer	14,85
382	Weichkunststoff ZE	83,74
383	Herstellung eines Zahnes aus zahnfarbenem Kunststoff	32,59
401	Aufbisschiene/Knirscherschiene/Bissführungsplatte	76,87
402	Miniplastschiene/Retentionsschiene/Verband-, Verschlussplatte	50,65
403	Umarbeiten einer Prothese zum Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche	37,07
404	Festsitzende Schiene aus Kunststoff mit adjustierter Oberfläche, je Zahn	8,27
405	Abnehmbare Dauerschiene mit adjustierter Oberfläche aus Metall	101,56
701	Basis für Einzelkiefergerät	45,05
702	Basis für bimaxilläres Gerät	77,99
703	Schiefe Ebene	39,99
704	Vorhofplatte	52,37
705	Kinnkappe	46,49
710	Aufbiss	8,39
711	Abschirmelement	16,01
712	Weichkunststoff KFO	44,55
720	Schraube einarbeiten	13,49
721	Spezialschraube einarbeiten	20,78
722	Trennen einer Basis	5,92
730	Labialbogen intramaxillär mit zwei Schlaufen	16,36
731	Labialbogen intramaxillär mit mehr als zwei Schlaufen	23,25
732	Labialbogen intermaxillär	26,75
733	Feder, offen	7,43
734	Feder, geschlossen	10,15
740	Verbindungselement intramaxillär	20,46

Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs für zahntechnische Leistungen

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag in Euro	
741	Verbindungselemente intermaxillär	21,85
742	Verankerungselement	19,50
743	Einzelement einarbeiten	10,12
744	Metallverbindung KFO	13,08
750	einarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	7,86
751	mehrmarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	14,85
761	Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung einer KFO-Basis oder Aufbissbehelfs	15,77
762	Leistungseinheit Dehn-, Regulierungselement	6,54
770	Remontieren eines Gerätes ohne Kunststoffbasis	26,38
801	Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung	16,18
802	Leistungseinheit Sprung/Bruch/einarbeiten Zahn/Basisteil Kunststoff/Klammer einarbeiten/ Rückenschutzplatte/Kunststoffsattel	6,74
803	Retention, gebogen	30,57
804	Retention, gegossen	35,10
806	gegossenes Basisteil	54,95
807	Metallverbindung	15,25
808	Teilunterfütterung	37,67
809	vollständige Unterfütterung	48,55
810	Basis erneuern	59,00
813	Auswechseln von Konfektionsteilen	7,86
820	Kronen- oder Brückenreparatur	33,26
933	Versandkosten	2,49
970	Verrechnungseinheit für die Fertigung aus edelmetall-freier Legierung	8,07
S0020	Remontage-Modell	24,24
S0401	Montage eines Modellpaares in Fixator	9,71
S0402	Montage in Mittelwertartikulator I	11,66
S0404	Modellmontage in individuellen Artikulator I	12,63
S0407	Montage eines Gegenkiefermodells	7,16

Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs für zahntechnische Leistungen

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag in Euro
S0408 Einstellen nach Registrat	7,77
S2301 Gussfüllung indirekt einflächig	45,27
S2302 Gussfüllung indirekt zweiflächig	53,10
S2303 Gussfüllung indirekt dreiflächig	62,56
S2304 Gussfüllung indirekt mehrflächig	66,06
S2307 Gussonlay	66,06

A series of horizontal dotted lines for taking notes, consisting of 25 lines.



Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Bayenthalgürtel 26 · 50968 Köln
Telefon (0221) 99 87 - 0 · Telefax (0221) 99 87 - 39 50

Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin
Telefon (030) 20 45 89 - 0 · Telefax (030) 20 45 89 - 33

www.pkv.de · info@pkv.de