

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung MB/KK 2009

Stand: 01.02.2023, SAP-Nr.: 334960 (V839), 02.2023

Teil I: Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009)

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

- 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, so 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 (Musterbedingungen, 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 (vergleiche aber § 15 Absatz 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. 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 Absätze 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Absatz 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in ei-

nen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) ist ebenfalls ausgeschlossen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 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 den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

(3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

(4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

(5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Absatz 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

(6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 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. Soweit die Tarifbedingungen

nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

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

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

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

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

(7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvorschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(8) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- 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 Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;

- e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- f) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, 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, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, 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.

(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 Fremdwährung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

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

(6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Absatz 3

VVG) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Beitrag wird 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 bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Absatz 3 VVG) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1% des Beitragsrückstandes zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

(7) Bei anderen als den in Absatz 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus Tarif ergibt.

(8) 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 Absatz 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.

(9) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei In-Kraft-Treten 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 Beitragszuschläge 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.

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vorhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Absatz 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzung im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen, und, soweit erforderlich, angepasst.

(2) entfallen.

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Beitragszuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vergleiche § 6 Absatz 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.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 9 Absätze 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist 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.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung 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 In-Kraft-Tretens 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 Absatz 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG), setzt die Kündigung nach den Absätzen 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

(8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Absatz 1 VVG) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Absatz 1 Nr. 5 VAG auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

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

(10) 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.

(11) 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.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Absatz 3 VVG) sowie in der substitutiven

Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Absatz 1 VVG 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 eines Versicherungsjahres kündigen.

(3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Absatz 10 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 Absatz 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 Absatz 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz 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 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

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

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

(1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Absätze 2a Nummer 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nummer 1 Absatz 5 und Nummer 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

(2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Teil II Tarif BSS

A. Versicherungsleistungen

1. Ambulante Heilbehandlung

a) Ärztliche Leistungen

Für ambulante Heilbehandlung gemäß § 1 Absatz 2 MB/KK 94 werden 100 % des Rechnungsbetrages bis zum 2,3fachen Satz für persönliche ärztliche Leistungen, bis zum 1,8fachen Satz nach den Abschnitten A, E und O und bis zum 1,15fachen Satz für Laboratoriumsuntersuchungen gemäß Nummer 437 und dem Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), jeweils abzüglich des in der jeweils geltenden Gebührenanpassungsverordnung festgelegten Abschlags, erstattet. Außerdem werden Hebammenkosten erstattet.

b) Nichtärztlicher Psychologe, Heilpraktiker

Die Kosten der Behandlung durch einen nichtärztlichen Psychologen, der nicht unter Leitung eines Arztes tätig wird, oder einen Heilpraktiker werden nicht erstattet.

c) Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel

Erstattet werden 85 % der Kosten bis zu einer Selbstbeteiligung von 240 Euro je Versicherungsjahr, darüber hinaus 100 % der Kosten für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel. Für Brillengestelle wird ein Betrag von 12 Euro erstattet. Ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Kosten für Sehhilfen besteht für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien. Soweit ein Hilfsmittel mehr als 360 Euro kostet, wird für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, nur einmal für einen Zeitraum von drei Kalenderjahren geleistet. Diese Einschränkung gilt nicht bei nachgewiesenem Bedarf infolge Gebrauchs- bzw. Funktionsunfähigkeit.

2. Stationäre Behandlung

Erstattet werden 100 % der Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft oder Entbindung. Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählen nicht Leistungen, die gesondert wählbar und zusätzlich berechenbar sind.

Die Kosten für einen Belegarzt werden gemäß der unter 1 a) festgelegten Regelung bezahlt.

Belegarzt ist ein nicht am Krankenhaus angestellter Arzt, der seinen Patienten bei Krankenhausaufenthalt behandelt.

3. Krankentransport / Fahrtkosten

Erstattet werden 100 % des 12 Euro je Fahrt übersteigenden Betrages für medizinisch notwendige Transporte bei stationärer Behandlung zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus und Fahrtkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit.

4. Zahnärztliche Behandlung

a) Zahnbehandlung

Erstattet werden 100 % des Rechnungsbetrages bis zum 2,3fachen Satz des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), bis zum 1,8fachen Satz nach den Abschnitten A, E und O und bis zum 1,15fachen Satz für Laboratoriumsuntersuchungen gemäß Nummer 437 und dem Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), jeweils abzüglich des in der jeweils geltenden Gebührenanpassungsverordnung festgelegten Abschlags.

b) Kieferorthopädische Behandlung

Erstattet werden 100 % des Rechnungsbetrages bis zum 2,3fachen Satz des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), abzüglich des in der jeweils geltenden Gebührenanpassungsverordnung festgelegten Abschlags.

c) Zahnersatz

Erstattet werden 60 % des Rechnungsbetrages bis zum 2,3fachen Satz des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), bis zum 1,8fachen Satz nach den Abschnitten A, E und O und bis zum 1,15fachen Satz für Laboratoriumsuntersuchungen gemäß Nummer 437 und dem Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), jeweils abzüglich des in der jeweils geltenden Gebührenanpassungsverordnung festgelegten Abschlags.

Zu den Zahnersatzkosten gehören zahnärztliches Honorar, Material und Laborkosten für prothetische Leistungen (z. B. Prothesen, Stiftdenturen, Brücken) einschließlich Kronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes) und Gussfüllungen.

Kosten zahntechnischer Laborarbeiten, soweit sie im tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind, sowie Materialkosten werden zu 60 % erstattet.

Die erstattungsfähigen Höchstbeträge und die Leistungsinhalte dieses Verzeichnisses können unter den Voraussetzungen des § 18 AVB mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen angepasst werden. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

Im Rahmen von 4. werden in den ersten zwölf Monaten höchstens 550 Euro und in den ersten 24 Monaten höchstens 1.100 Euro erstattet.

B. Beiträge

Die Beiträge werden nach den jeweils aktuellen technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Sie ergeben sich für Neuabschlüsse aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate wird in dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein ausgewiesen. Sobald eine versicherte Person das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.

Basistarif Spezial (BSS)

Teil III Tarifbedingungen

Nr. 1 Aufnahmebefähigung (zu § 1 Absatz 1 MB/KK 2009)

Aufnahmebefähigt sind Personen, die ihren Wohnsitz im Gebiet der ehemaligen DDR einschließlich Berlin (Ost) haben.

Nr. 2 Erlass der Wartezeiten (zu § 3 Absatz 4 MB/KK 2009)

Die Möglichkeit des Erlasses der Wartezeiten auf Grund ärztlicher Untersuchung besteht. Die Kosten der Untersuchung, die nach einem vom Versicherer vorgeschriebenen Vordruck erfolgen muss, trägt der Antragsteller. Erhält der Versicherer das ärztliche Zeugnis nicht innerhalb von drei Wochen nach Antragsstellung, gilt die Versicherung als nicht mit ärztlicher Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.

Nr. 3 Definitionen (zu § 4 Absatz 3 MB/KK 2009)

1. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solches verordnet sind, gelten nicht Geheimmittel (Mittel, deren Zusammensetzung nicht bekanntgegeben wird), Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, nicht rezeptpflichtige Entfettungs- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwasser und Badeszusätze.

2. Als Heilmittel gelten ausschließlich die Anwendungen der physikalischen Medizin durch dazu qualifizierte Personen, nicht jedoch Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder.

3. Als Hilfsmittel gelten ausschließlich Bandagen, Brillen, Bruchbänder, Fußeinlagen, Gipsriegelgeschalen, Hörgeräte, medizinisch notwendige Kontaktlinsen, Korrektorschienen, Krankenfahrstühle, Kunstglieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf).

Nr. 4 Kurortklausel (zu § 5 Absatz 1e MB/KK 2009)

Für ambulante Heilbehandlung – nicht für Kur- oder Sanatoriumsbehandlung – in einem Heilbad oder Kurort werden die tariflichen Leistungen gezahlt.

Nr. 5 Nicht zu Recht geleistete Zahlungen (zu § 6 MB/KK 2009)

Sind Zahlungen geleistet worden, die dem Versicherungsnehmer aus irgendeinem Grunde vertraglich nicht oder nicht mehr zustehen, so ist er zur Rückzahlung auch dann verpflichtet, wenn der Vertrag nicht mehr besteht.

Nr. 6 Nachweise (zu § 6 Absatz 1 und 2 MB/KK 2009)

1. Es sind Rechnungsoriginale oder deren beglaubigte Zweitschriften mit einer Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers über die erbrachten Leistungen einzureichen.

Die Belege der Behandelnden müssen Namen und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung, die einzelnen ärztlichen

Leistungen mit Bezeichnung und Nummer gemäß der angewandten Gebührenordnung, die gesondert berechnungsfähigen Auslagen sowie die jeweiligen Behandlungsdaten enthalten.

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

3. Die Kosten für das Ausstellen von Bescheinigungen sowie gegebenenfalls die Erstellung von Gutachten hat der Versicherungsnehmer zu tragen.

Nr. 7 Wechselkurs (zu § 6 Absatz 4 MB/KK 2009)

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, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

Nr. 8 Kosten (zu § 6 Absatz 5 MB/KK 2009)

Überweisungskosten werden nur abgezogen, wenn es sich um Überweisung in das Ausland handelt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers eine besondere Überweisungsform gewählt wird. Übersetzungskosten werden nicht abgezogen.

Nr. 9 Versicherungsjahr, Eintrittsalter, Skonto (zu § 8 a MB/KK 2009)

1. Das Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres.
2. Ist eine Selbstbeteiligung vereinbart, so beträgt diese im ersten Versicherungsjahr anteilig nur so viel Zwölftel, wie sie dem Anteil der Monate entspricht, in denen der Versicherungsvertrag besteht.
3. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Geschlecht und Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt.
4. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.
5. Auf Verlangen ist dem Versicherer ein Altersnachweis zu führen.

Nr. 9 a Fälligkeit (zu § 8 Absatz 4 MB/KK 2009)

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist – unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

Nr. 10 Mahnkosten (zu § 8 Absatz 5 MB/KK 2009)

Die Mahnkosten betragen je Mahnung 0,51 Euro.

Nr. 11 Gewinnbeteiligung des Versicherungsnehmers

1. Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch: Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhungen, Beitragssenkungen oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.
2. Abweichend hiervon dürfen im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) entnommen werden.
3. Das zuständige Organ entscheidet jährlich über die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie welche Tarife an der Beitragsrückerstattung teilnehmen und in welcher Höhe.
4. Für die Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen ist Voraussetzung, dass
 - a) die betreffende Versicherung während des letzten Geschäftsjahres ununterbrochen bestanden hat,
 - b) Versicherungsleistungen für das abgelaufene Geschäftsjahr nicht in Anspruch genommen wurden,
 - c) die Versicherung mindestens bis zum 31. Juli des laufenden Geschäftsjahres noch fortbestand (ausgenommen, wenn die Versicherung durch Tod oder durch Eintritt der Versicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit während der ersten sieben Monate des laufenden Geschäftsjahres beendet wurde).

Nr. 11 a Beitragsermäßigung im Alter (zu § 8 a Absatz 1 MB/KK 2009)

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Deckungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen zusätzliche Beträge nach § 12 a Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) jährlich zugeschrieben und entsprechend der Festlegung in den technischen Berechnungsgrundlagen verwendet.

Nr. 12 Anpassungsvorschriften (zu § 8 b MB/KK 2009)

Beitragsanpassung

Der tariflich festgelegte Satz gemäß § 8 b Absatz 1 beträgt 10 v. H. Bei einer Veränderung von mehr als 5 v. H. können alle Tarifbeiträge vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, nach Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

In beiden Fällen können auch betragsmäßig festgelegte Selbstbehalte, Leistungshöchstsätze und Ersatzkrankenhaustagegelder angepasst werden.

Nr. 13 Meldung einer Krankenhausbehandlung (zu § 9 Absatz 1 MB/KK 2009)

Auf die Meldung der Krankenhausbehandlung wird verzichtet. § 4 Absatz 5 MB/KK 94 bleibt unberührt.

Nr. 14 Schweigepflichtentbindung (zu § 9 Absatz 2 MB/KK 2009)

Es obliegt dem Versicherungsnehmer und der versicherten Person, die zur Prüfung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistungspflicht erforderlichen Informationen von den in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen (Ärzte, Krankenhäuser etc.) zu beschaffen und dem Versicherer zukommen zu lassen.

Die Obliegenheit entfällt, soweit der Versicherungsnehmer und die versicherte Person in die Erhebung der erforderlichen personenbezogenen Gesundheitsdaten durch den Versicherer eingewilligt und die in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen von der Schweigepflicht entbunden hat.

Nr. 15 Vertragstrennung durch versicherte Personen (zu § 13 Absatz 2 MB/KK 2009)

Versicherte Personen haben das Recht, das Versicherungsverhältnis, soweit es sie betrifft, durch Erklärung gegenüber dem Versicherer zum Ersten des übernächsten Monats als selbständiges Versicherungsverhältnis fortzusetzen.

Basiszusatztarif für stationäre Krankenhausbehandlung (BSZ)

Teil IV Tarifbedingungen

Nr. 1 Aufnahmefähigkeit (zu § 1 Absatz 1 MB/KK 2009)

1. Aufnahmefähig sind Personen, die ihren Wohnsitz im Gebiet der ehemaligen DDR einschließlich Berlin (Ost) haben.
2. Ist das Risiko durch Vorerkrankungen erhöht, so kann der Versicherer die Annahme des Versicherungsantrages von besonderen Bedingungen (z. B. Risikozuschläge) abhängig machen. § 2 Absatz 2 MB/KK 94 (Neugeborene) bleibt unberührt.

Nr. 2 Erlass der Wartezeiten (zu § 3 Absatz 4 MB/KK 2009)

1. Die Möglichkeit des Erlasses der Wartezeiten auf Grund ärztlicher Untersuchung besteht. Die Kosten der Untersuchung, die nach einem vom Versicherer vorgeschriebenen Vordruck erfolgen muss, trägt der Antragsteller. Erhält der Versicherer das ärztliche Zeugnis nicht innerhalb von drei Wochen nach Antragsstellung, gilt die Versicherung als nicht mit ärztlicher Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.
2. Die Bindung des Antragstellers an den Antrag endet sechs Wochen nach dem Tage des Zugangs des ärztlichen Zeugnisses beim Versicherer.

Nr. 3 Nicht zu Recht geleistete Zahlungen (zu § 6 MB/KK 2009)

Sind Zahlungen geleistet worden, die dem Versicherungsnehmer aus irgendeinem Grunde vertraglich nicht oder nicht mehr zustehen, so ist er zur Rückzahlung auch dann verpflichtet, wenn der Vertrag nicht mehr besteht.

Nr. 4 Nachweise (zu § 6 Absatz 1 und 2 MB/KK 2009)

1. Es sind Rechnungsoriginale oder deren beglaubigte Zweitschriften mit einer Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers über die erbrachten 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. Die Kosten für das Ausstellen von Bescheinigungen sowie gegebenenfalls die Erstellung von Gutachten hat der Versicherungsnehmer zu tragen.

Nr. 5 Kosten (§ 6 Absatz 4 MB/KK 2009)

Überweisungskosten werden nur abgezogen, wenn es sich um Überweisung in das Ausland handelt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers eine besondere Überweisungsform gewählt wird. Übersetzungskosten werden nicht abgezogen.

Nr. 6 Wechselkurs (zu § 6 Absatz 4 MB/KK 2009)

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, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

Nr. 7 Versicherungsjahr, Eintrittsalter, Skonto (zu § 8 a MB/KK 2009)

1. Das Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr.
- Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres.
2. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Geschlecht und Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt.
3. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.
4. Auf Verlangen ist dem Versicherer ein Altersnachweis zu führen.

Nr. 7a Fälligkeit (zu § 8 Absatz 4 MB/KK 2009)

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist - unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts - unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

Nr. 8 Mahnkosten (zu § 8 Absatz 5 MB/KK 2009)

Die Mahnkosten betragen je Mahnung 0,51 Euro.

Nr. 9 Beitragsermäßigung im Alter (zu § 8 a MB/KK 2009)

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Deckungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen, zusätzliche Beträge nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) jährlich zugeschrieben und verwendet.

Nr. 10 Anpassungsvorschriften (zu § 8 b Absatz 1 MB/KK 2009)

Beitragsanpassung
Der tariflich festgelegte Satz gemäß § 8 b Absatz 1 beträgt 10 v. H. Bei einer Veränderung von mehr als 5 v. H. können alle Tarifbeiträge vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, nach Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.
In beiden Fällen können auch betragsmäßig festgelegte Selbstbehalte, Leistungshöchstsätze und Ersatzkrankenhaustagegelder angepasst werden.

Nr. 11 Meldung einer Krankenhausbehandlung (zu § 9 Absatz 1 MB/KK 2009)

Auf die Meldung der Krankenhausbehandlung wird verzichtet. § 4 Absatz 5 MB/KK 94 bleibt unberührt.

Nr. 12 Schweigepflichtentbindung (zu § 9 Absatz 2 MB/KK 2009)

Es obliegt dem Versicherungsnehmer und der versicherten Person, die zur Prüfung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistungspflicht erforderlichen Informationen von den in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen (Ärzte, Krankenhäuser etc.) zu beschaffen und dem Versicherer zukommen zu lassen.
Die Obliegenheit entfällt, soweit der Versicherungsnehmer und die versicherte Person in die Erhebung der erforderlichen personenbezogenen Gesundheitsdaten durch den Versicherer eingewilligt und die in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen von der Schweigepflicht entbunden hat.

Nr. 13 Vertragstrennung durch versicherte Personen (zu § 13 Absatz 2 MB/KK 2009)

Versicherte Personen haben das Recht, das Versicherungsverhältnis, soweit es sie betrifft, durch Erklärung gegenüber dem Versicherer zum Ersten des übernächsten Monats als selbständiges Versicherungsverhältnis fortzusetzen.

Basiszusatztarif für stationäre Krankenhausbehandlung (BSZ)

Teil V Tarif BSZ

A. Versicherungsleistungen

1. Erstattet werden 100% des Rechnungsbetrages für privatärztliche Behandlung bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung. Der Rechnungsbetrag muss um den in der jeweils geltenden Gebührenanpassungsverordnung festgelegten Abschlag vermindert sein. Die Gebühren werden bis zum 2,3fachen Satz für persönliche ärztliche Leistungen, bis zum 1,8fachen Satz nach den Abschnitten A, E und O und bis zum 1,15fachen Satz für Laboratoriumsuntersuchungen gemäß Nummer 437 und dem Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) anerkannt.

2. Bei Entbindung einer versicherten Person in der Wohnung wird gegen Vorlage eines Geburtsnachweises eine Pauschale in Höhe von 160 Euro gezahlt; bei Mehrlingsgeburten das entsprechende Vielfache.

B. Ersatzleistungen

Wird auf die Kostenerstattung der privatärztlichen Behandlung verzichtet, zahlen wir je Tag der stationären Heilbehandlung im Krankenhaus 6 Euro Krankenhaustagegeld.

C. Beiträge

Die Beiträge werden nach den jeweils aktuellen technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Sie ergeben sich für Neuabschlüsse aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.
Die monatlich zu zahlende Beitragsrate wird in dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein ausgewiesen. Sobald eine versicherte Person das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.

Dem Tarif BSS liegt das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten der „V-Tarife“ zu Grunde.

Leistung	erstattungs-fähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage Euro	Leistung	erstattungs-fähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage Euro
Konfektionssteg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit und Schleimhautkontakt	113,00	Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten	
Konfektionssteglasche an/in Kunststoffbasis oder Metallbasis	60,00	Aktiver Sporn/Dorn	12,50
Lager für Ankerbandklammer	70,00	Ankerband/Ankerkappe	30,20
Lager für Raste	17,00	Aufbiss	14,60
Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	70,00	Auflage KFO	13,50
Lager für Schubverteilungsarm	70,00	Außenbogen	31,00
Lösungsknopf	20,00	Basis für Einzelkiefergerät	73,90
Schub-/Steckriegel, Schwenk-/Doppelkronen-/Drehriegel individuell	210,00	Basis für Kieferorthopädiegerät, KFO/FKO-Gerät	156,00
Schubverteilungsarm	71,00	Coffin-Feder	30,20
Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone, komplett, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller notwendigen Teilleistungen)	321,50	Doppelplatten-Führungssporn	36,40
Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone, primär/sekundär, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller notwendigen Teilleistungen)	214,50	Druckfeder, Zugfeder	15,60
Verschraubung/Verbolzung	50,00	Facebow anpassen	12,00
Wiederbefestigen/-herstellen eines Sekundärteiles	92,00	Feder, geschlossen/kompliziert	15,60
Herstellen von herausnehmbarem Zahnersatz		Feder, offen oder gekreuzt	12,50
Aufstellung auf Metallbasis, je Zahneinheit	4,00	Führungssporn, Häkchen, Interocclusial-stop	12,20
Aufstellung auf Wachs oder Kunststoffbasis, je Zahneinheit	3,00	Grundbogen, Oberkiefer oder Unterkiefer	73,90
Basis oder Basisteil aus Weichkunststoff, Sonderkunststoff	110,00	Halte- oder Abstützelement je Zahn, einarmig	13,50
Basisteil, gegossen/Edelmetall	85,30	Halte- oder Abstützelement je Zahn, mehrarmig	20,80
Befestigung eines Zahnes mit zahnfarbenem Kunststoff, Pontic	43,00	Innenbogen	31,00
Bonwill-Klammer, gegossen/Edelmetall	67,40	KFO Platte voreinschleifen	10,00
Bonyhardklammer gebogen/ohne Auflage	13,00	Kinnkappe mit Retentionshaken	63,00
Bonyhardklammer gebogen/Edelmetall	22,00	Kunststoffschild/Abschirmelement	22,90
Einarmige gebogene Klammer/gebogene Inlay-klammer/gebogene Interdental-Knopfklammer/gebogene Approximalklammer/gebogene Auflage	13,00	Labialbogen	27,00
Einarmige gegossene Klammer/Inlayklammer/fortlaufende Klammer/Kralle/Ney-Stiel/Auflage/Umgebungsbügel	15,00	Labialbogen, intermaxillär	43,70
Fertigstellung auf Metall-, Kunststoffbasis, je Zahneinheit	5,00	Labialbogen, modifiziert	36,40
Gitter, partiell/total oder Bügel	145,00	Leistungseinheit, Regulierungselemente einarbeiten KFO	10,40
Grundeinheit Aufstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachs-basis	49,00	Lingualbogen/Lingualer Frontalbogen	31,00
Grundeinheit Fertigstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachs-basis	61,70	Lötung je Einheit, KFO	21,80
Herstellen eines Zahnes/Kaufläche aus zahnfarbenem Kunststoff	43,00	Palatinalbogen	31,00
Kunststoff an unfütterbaren Abschlussrand	24,00	Pelotte	22,90
Metallbasis je Kiefer partiell/total	174,40	Pelottenklammer	13,50
Metallkaufläche/Metallzahn/Edelmetall	49,00	Positioner	156,00
Retention, gebogen	55,00	Protrusionsbogen	18,00
Retention, gegossen/Edelmetall	67,00	Remontieren von KFO-Gerät	57,00
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung	49,00	Retentionsschiene	95,70
Sonderkunststoff verarbeiten	110,00	Schiefe Ebene aus Kunststoff oder gegossen	54,10
Übertragung einer Aufstellung auf Metallbasis, je Zahn	3,00	Schraube einarbeiten	20,80
Überwurfklammer, gebogen, Doppelbogenklammer, gebogen	20,60	Schraube einarbeiten, kompliziert	28,00
Unterfütterbarer Abschlussrand	24,00	Speziialschraube	28,00
Zuschlag für einzeln gegossene Klammern	24,00	Spike/Stopp	13,50
Zweiarmige Klammer, gebogen, Auflage	20,60	Teilaußenbogen/Teilinnenbogen	31,00
Zweiarmige Klammer, gegossen/Edelmetall,	27,40	Trennen einer Basis, auch erschwert	8,30
Approximalklammer/Ringklammer, gegossen/Edelmetall/ Rücklaufklammer/Gegenlager/Doppelbogenklammer	39,00	U-Bügel	36,40
Zweiarmige Klammer, gegossen/Edelmetall, Auflage/Approximalklammer, Auflage/Ringklammer, gegossen/Edelmetall, Auflage/Rücklaufklammer, Auflage/Bonyhardklammer, Auflage/Überwurfklammer, Auflage		Verankerungselement/Verankerungsklammer	30,20
Metallverbindungen		Verarbeiten eines Röhrchens oder Schlosses	15,60
Konditionierung je Zahn/Flügel	17,00	Vorbiss oder Rückbiss	14,60
Metallverbindung bei Wiederherstellung/Erweiterung (Lichtbogenschweißen/Laser-/Plasma-/Punkt-Schweißen: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen je Verbindung, Lötung 1-5)	28,00	Vorhofplatte	70,00
Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung/ Metallverbindung nach keramischen Brand	35,80	Zahnkorrekturschienen (wie Invisalign, Aligner etc.), je Schiene (insgesamt maximal 2.100 Euro)	35,00
		Zungengitter	22,90
		Aufbisssschienen und Aufbissbehelfe	
		Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	24,00
		Adjustierte Aufbisssschiene	161,20
		Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung einer KFO-Basis oder eines Aufbissbehelfs	26,00
		Knirscherschiene aus Kunststoff oder Weichkunststoff	161,20
		Miniplastschiene/Verband-/Verschlussplatte	95,70
		Neu-Adjustieren einer vorhandenen Schiene	66,50
		Prothese umarbeiten als Aufbissbehelf	66,50
		Schienungskappe aus Kunststoff oder Metall	24,00
		Übertragungskappe aus Kunststoff oder Metall	32,30
		Wiederherstellung/Erweiterung	
		Auswechseln von Konfektionsteil, einfach oder kompliziert	31,00
		Basis erneuern, auch KFO	85,60
		Basis unterfüttern, auch KFO	69,90
		Basisteil unterfüttern, auch KFO	49,00
		Grundeinheit Erweitern, auch KFO	26,00
		Grundeinheit Instandsetzen, auch KFO	26,00
		Kronen- oder Brückengliedreparatur, je Einheit	45,00
		Leistungseinheit/Sprung/Bruch/Einarbeiten eines Zahnes/ Basisteil Kunststoff Halte- und/oder Stützvorrichtung einarbeiten/Rückenschutzplatte einarbeiten/Kunststoffsattel lösen und wiederbefestigen	10,30

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage Euro
Wiederherstellung eines individuellen Geschiebes	87,00
Implantate und Suprakonstruktionen	
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	48,00
Aufwand zu Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	60,00
Basis aus Kunststoff, auf Implantat	36,00
Implantatachse und -ort festlegen, je Zahn	26,00
Implantat-Divergenz-Ausgleichskrone	103,20
Implantat-Kontrollschablone	42,00
Implantatpfosten auf Modellierpfosten aufschrauben	7,00
Parallelbohrschablone für Implantat, je Kiefer	100,00
Verlängerungshülse für Implantat	16,50
Verschraubung, Implantat	53,00
Vorwall und Zähne nach Einprobe über Implantat anpassen	18,00
Zahn vermessen	3,30
Zahnfleischmaske, pro Zahn oder Glied	18,00
Gestaltung nach funktionsanalytischen Kriterien	
Einstellen nach Registrat	18,70
Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	26,00
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	37,00
Registrat	31,00
Selektives Einschleifen am Zahnersatz, je Zahn	19,00
Sonstiges	
Nicht-Edelmetall-Zuschlag	16,70
Versand je Versandgang, Fahrtkosten	7,00

Das Preis- und Leistungsverzeichnis beschreibt abschließend die erstattungsfähigen Höchstbeträge aller zahntechnischen Laborarbeiten. Die Preise gelten zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer. Sofern das Preis- und Leistungsverzeichnis nichts anderes vorsieht, sind Materialkosten, die im Zusammenhang mit der Herstellung von zahntechnischen Leistungen entstehen (wie z. B. Edelmetall, Prothesenzähne, Konfektionsteile, Implantatteile), in Höhe der Herstellerpreise zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer erstattungsfähig. Zusätzlich werden Materialkosten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte gesondert berechnungsfähig sind, tariflich erstattet.