

# Vertragsunterlagen zur Krankenzusatzversicherung

## Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit § 1 Abs. 1 VVG-Informationspflichtenverordnung</b>	2–3
<b>Vertragsbestimmungen</b>	3
<b>Leistungsübersicht zur Zahnzusatzversicherung für den OPTIMAL- und BASIS-Tarif</b>	3
<b>Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht</b>	4
<b>Tarifbeschreibung zur Zahnzusatzversicherung (OPTIMAL-Tarif)</b>	5–6
<b>Tarifbeschreibung zur Zahnzusatzversicherung (BASIS-Tarif)</b>	6
<b>Tarifbeschreibung zur stationären Zusatzversicherung</b>	7
<b>Tarifbeschreibung zur ambulanten Zusatzversicherung</b>	8
<b>Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/Kranken 2012)</b>	9–12
<b>Anhang</b>	13–18
<b>Merkblatt zur Datenverarbeitung</b>	19

### **WGV-Versicherung AG**

Registergericht: Stuttgart HRB 7479

Sitz: Stuttgart

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Landrat i. R. Helmut Jahn

Vorstand:  
Hans-Joachim Haug (Vorsitzender)  
Dr. Klaus Brachmann (stv. Vorsitzender)  
Achim Schweizer

# A. Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit § 1 Abs. 1 VVG-Informationspflichtenverordnung

## 1. Identität des Versicherers, ladungsfähige Anschrift, vertretungsberechtigte Personen

Ihr Versicherer ist die  
WGV-Versicherung AG  
Tübinger Straße 55  
70178 Stuttgart  
Fax: 07 11/16 95-11 00  
E-Mail: kranken-vertrag@wgv.de  
Handelsregister: Amtsgericht Stuttgart HRB 7479  
Sitz: Stuttgart

Vertretungsberechtigte Personen:  
Vorstand: Hans-Joachim Haug (Vorsitzender)  
Dr. Klaus Brachmann (stv. Vorsitzender)  
Achim Schweizer

## 2. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Betrieb der Haftpflicht-, Unfall-, Kraftfahrt-, Sach-, Rechtsschutz- und Krankenzusatzversicherung.

## 3. Allgemeine Versicherungsbedingungen und wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

a) die für das Versicherungsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbeschreibung sowie die Angabe des auf den Vertrag anwendbaren Rechts.

Für das Versicherungsverhältnis in der Krankenzusatzversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/Kranken 2012) und die jeweilige Tarifbeschreibung.

Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

b) Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung des Versicherers.

Bei dem Versicherungsschutz handelt es sich um eine Krankenversicherung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung. Bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung der versicherten Person wegen Krankheiten, Unfallfolgen und andere im Vertrag genannte Ereignisse besteht Versicherungsschutz im vereinbarten Umfang.

Die Versicherungsleistungen sind fällig mit Beendigung der für die Feststellung des Versicherungsfalles und des Leistungsumfanges erforderlichen Erhebungen.

Zu Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung verweisen wir auf die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/Kranken 2012) und die jeweilige Tarifbeschreibung der gewählten Versicherungsart. Ihrem Versicherungsschein können Sie entnehmen, welche Versicherungsarten Sie gewählt und abgeschlossen haben.

## 4. Gesamtpreis der Versicherung einschließlich sonstiger Preisbestandteile und zusätzliche Kosten

Die Angaben zur Beitragshöhe und die Zahlweise ergeben sich aus dem Antrag und der Tarifauskunft bzw. dem Versicherungsschein.

Nebengebühren und Kosten werden nicht erhoben.

Für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen Ihnen lediglich Kosten in Höhe der üblichen Grundtarife.

## 5. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und Erfüllung

Fälligkeit der Erstprämie:

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

Zahlweise der Folgeprämien:

Am Ersten eines jeden Monats im Voraus.

Die Prämie ziehen wir von Ihrem Konto mittels Lastschrift ein.

## 6. Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die Gültigkeitsdauer der vorliegend zur Verfügung gestellten Informationen beträgt vier Wochen.

## 7. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt

Der Vertrag kommt zustande durch den Antrag des Versicherungsnehmers und die Übersendung des Versicherungsscheines durch den Versicherer.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zustandekommen des Vertrages, nicht aber vor dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

Sie sind an Ihren Antrag sechs Wochen gebunden.

## 8. Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts

### Widerrufsbelehrung

#### Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angaben von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an

WGV-Versicherung AG  
Tübinger Straße 55  
70178 Stuttgart  
Fax: 07 11/16 95-11 00  
E-Mail: kranken-vertrag@wgv.de

#### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 der Monatsprämie gemäß Tarifauskunft, multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

#### Besondere Hinweise

Das Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen, als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

#### Ende der Widerrufsbelehrung

Widerrufen Sie einen Ersatzvertrag, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

## 9. Angaben zur Laufzeit und ggfs. zur Mindestlaufzeit des Vertrages

Der Vertrag hat eine Laufzeit bis zum 31.12. des folgenden Kalenderjahres, 24.00 Uhr. Er verlängert sich mit Ablauf der Vertragszeit jeweils um ein Jahr, wenn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf dem Versicherer eine Kündigung in Textform (Brief, Fax oder E-Mail) zugegangen ist.

## 10. Angaben zur Beendigung des Vertrages

Sie können den Vertrag mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres in Textform (Brief, Fax oder E-Mail) kündigen. Einzelheiten zur Kündigung sowie zu weiteren Beendigungsgründen finden Sie in den §§ 13–15 der AVB/Kranken 2012.

## 11. Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag können Sie bei folgenden Gerichten geltend machen:

- dem Gericht, das für Ihren Wohnsitz örtlich zuständig ist,
- dem Gericht, das für unseren Geschäftssitz oder für die Sie betreuende Niederlassung örtlich zuständig ist.

Sofern Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb Deutschlands verlegen, oder Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, gilt das Gericht als vereinbart, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

## 12. Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages

Die Vertragsbedingungen und Vorabinformationen werden in deutscher Sprache mitgeteilt; die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages wird in deutscher Sprache geführt.

### 13. Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Sie haben Zugang zu einem außergerichtlichen Streitschlichtungsverfahren beim

Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung  
Postfach 06 02 22  
10052 Berlin  
Internet: [www.pkv-ombudsmann.de](http://www.pkv-ombudsmann.de),

sofern Sie Verbraucher sind und nicht gleichzeitig in derselben Sache ein Verfahren bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder vor Gericht anhängig ist.

Der Ombudsmann ist der außergerichtliche Streitschlichter für die private Kranken- und Pflegeversicherung. Er nimmt zu Meinungsverschiedenheiten neutral und unabhängig Stellung und gibt eine unverbindliche Empfehlung ab. Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt unberührt.

### 14. Aufsichtsbehörde und Beschwerdemöglichkeit

Zuständige Aufsichtsbehörde ist die  
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht  
– Bereich Versicherungen –  
Graurheindorfer Str. 108  
53117 Bonn  
E-Mail: [poststelle@bafin.de](mailto:poststelle@bafin.de)  
Internet: [www.bafin.de](http://www.bafin.de)

Sie haben die Möglichkeit zu einer Beschwerde bei der genannten Aufsichtsbehörde.

## B. Vertragsbestimmungen

### 1. Vertragsgrundlagen

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich nach dem Antrag und – den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/Kranken 2012);

– der Tarifbeschreibung zur gewählten Versicherungsart für die

#### Zahnzusatzversicherung:

Tarifbeschreibung zur Zahnzusatzversicherung (**OPTIMAL-Tarif**) bzw. Tarifbeschreibung zur Zahnzusatzversicherung (**BASIS-Tarif**);

#### stationäre Zusatzversicherung:

Tarifbeschreibung zur stationären Zusatzversicherung;

#### ambulante Zusatzversicherung:

Tarifbeschreibung zur ambulanten Zusatzversicherung.

Für nicht beantragte Versicherungsarten entfällt die dafür geltende Tarifbeschreibung.

### 2. Versicherungsbeginn

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zustandekommen des Vertrages, nicht aber vor dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate und entfällt bei Unfällen. Die allgemeine Wartezeit entfällt für den Ehegatten/Lebenspartner (§ 1 LPartG), wenn die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 2b AVB/Kranken 2012 erfüllt sind. Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate und entfallen bei Unfällen.

Wartezeiten können aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches/zahnärztliches Zeugnis (Vordruck des Versicherers) über den Gesundheitszustand vorgelegt wird. Die zu versichernde Person ist verpflichtet, sich auf eigene Kosten der ärztlichen/zahnärztlichen Untersuchung zu unterziehen und den entsprechenden Untersuchungsbericht dem Versicherer innerhalb von 21 Tagen nach Antragstellung vorzulegen. Geschieht dies nicht, so gilt die Versicherung als ohne ärztliche/zahnärztliche Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.

### 3. Versicherungsdauer

Der Vertrag hat eine Laufzeit bis zum 31.12. des folgenden Kalenderjahres, 24.00 Uhr. Er verlängert sich mit Ablauf der Vertragszeit jeweils um ein Jahr, wenn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf dem Versicherer eine Kündigung in Textform (Brief, Fax oder E-Mail) zugegangen ist.

### 4. Erstattungshöchstsätze

In den ersten vier Versicherungsjahren gelten in der Zahnzusatzversicherung Erstattungshöchstsätze (Ziffer 4 der Tarifbeschreibung zur Zahnzusatzversicherung des gewählten Tarifs). Diese entfallen bei unfallbedingten Aufwendungen.

### 5. Beitragserhöhung aufgrund Erreichen einer neuen Altersgruppe

Der Beitrag ist nach Altersgruppen gestaffelt und erhöht sich automatisch bei Erreichen einer neuen Altersgruppe. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch das Erreichen einer neuen Altersgruppe erhöht.

### 6. Beitragsanpassung

Während der Vertragsdauer kann der Beitrag entsprechend den Feststellungen eines unabhängigen Treuhänders angehoben oder gesenkt werden (§ 8b AVB/Kranken 2012). Erhöht sich der Beitrag, ohne dass sich der Umfang der Versicherung ändert, kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Mitteilung des Versicherers mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt kündigen, in dem die Beitragserhöhung wirksam werden sollte. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf das Kündigungsrecht hinzuweisen. Die Mitteilung muss dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Beitragserhöhung zugehen.

## C. Leistungsübersicht zur Zahnzusatzversicherung

In der Zahnzusatzversicherung bieten wir Ihnen die Produktvarianten **OPTIMAL-** und **BASIS-Tarif** an. Nachfolgend haben wir Ihnen die wesentlichen Leistungsunterschiede dargestellt. Die Leistungsbeschreibung ist lediglich eine Kurzübersicht. Für den Versicherungsschutz ist ausschließlich der Wortlaut der Versicherungsbedingungen und Tarifbeschreibungen maßgebend.

	<b>OPTIMAL-Tarif</b>	<b>BASIS-Tarif</b>
Kronen, Brücken, Prothesen	90 %	70 %
Inlays (max. 500 EUR/Jahr)/Onlays	90 %	70 %
Implantate	90 %	70 %
Wurzelbehandlungen	100 %	–
Prophylaxe (max. 100 EUR/Jahr)	100 %	–
Aufbissschienen	100 %	–
Kunststofffüllungen	100 %	–
Parodontosebehandlung	100 %	–
Kieferorthopädie (max. 5.000 EUR)	80 %	–

Der Leistungsanspruch errechnet sich prozentual aus dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag einschließlich möglicher anrechenbarer Vorleistungen der GKV.

# Mitteilung nach § 19 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

## Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

## Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

### 2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

### 3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

### 4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

### 5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.



# Tarifbeschreibung zur Zahnzusatzversicherung (OPTIMAL-Tarif)

## 1. Versicherungsfähigkeit, nicht versicherungsfähige Personen, Wegfall der Versicherungsfähigkeit

### 1.1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die bei einem deutschen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Eine Versicherung nach diesem Tarif ist nur möglich, wenn für die versicherte Person keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen besteht.

### 1.2 Nicht versicherungsfähige Personen

Nicht versicherbar und trotz Prämienzahlung nicht versichert sind Personen mit einer bei Vertragsabschluss bereits vorhandenen voll- oder teilprothetischen Versorgung (herausnehmbarer Zahnersatz) sowie Personen mit bei Vertragsabschluss mehr als drei fehlenden Zähnen. Als fehlend im Sinne dieses Tarifs gelten Zähne (außer Weisheitszähne und Milchzähne), die nicht durch Zahnersatzmaßnahmen ersetzt wurden und bei denen kein Lückenschluss besteht.

### 1.3 Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Endet die Versicherung in der GKV, so endet die Versicherung nach diesem Tarif für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der GKV fortfällt.

## 2. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnbehandlung, zahnmedizinische Individualprophylaxe, Kieferorthopädie und Zahnersatz im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Der Ersatz der Aufwendungen ist auf die in den Gebührenordnungen aufgeführten Höchstsätze begrenzt.

### 2.1 Zahnbehandlung

Als Zahnbehandlung gelten einschließlich der Material- und Laborkosten:

- konservierende Leistungen (z.B. plastische Füllungen, Behandlung überempfindlicher Zahnoberflächen, Wurzelkanalbehandlungen);
- chirurgische Maßnahmen einschließlich Wundrevision sowie Nachbehandlung (z.B. Wurzelspitzenresektion);
- parodontologische Leistungen (z.B. Bestimmung des Parodontalstatus, Untersuchung zum Nachweis paropathogener Keime, Taschentiefe < 3,5 mm mit Knochenabbau, Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte);
- Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (Knirscherschienen, nicht jedoch im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung) einschließlich funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen.

Der Versicherer erstattet bei Zahnbehandlung (ohne Inlay und Onlay) 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags, falls die GKV Leistungen erbringt, die Differenz zu 100 %.

Als zahnmedizinische Individualprophylaxe gelten:

- professionelle Zahnreinigung, Entfernung harter und weicher Zahnbeläge, Versiegelung, Fluoridierung, Speicheltest zur Keimbestimmung, Kariesrisikodiagnostik sowie Erstellung eines Mundhygienestatus und weitere Kontrollen des Übungserfolges.

Der Versicherer erstattet bei Zahnprophylaxe 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags, falls die GKV Leistungen erbringt, die Differenz zu 100 %. Die Erstattungsleistungen sind auf 100 EUR pro Versicherungsjahr begrenzt.

### 2.2 Kieferorthopädie

Als Kieferorthopädie gelten:

- kieferorthopädische Leistungen einschließlich Röntgendiagnostik sowie Material- und Laborkosten, sofern mit der Behandlung noch vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde.

Ersetzt werden 80 % der Aufwendungen, sofern keine Leistungspflicht der GKV besteht und eine Zahnfehlstellung vorliegt, die aus medizinischen Gründen eine Korrektur erforderlich macht. Der Ersatz von Aufwendungen ist auf 5.000 EUR für die gesamte Vertragslaufzeit begrenzt. Dem Versicherer ist zusammen mit dem Heil- und Kostenplan die KIG-Einstufung der GKV einzureichen.

### 2.3 Zahnersatz

Als Zahnersatz gelten:

- Einlagefüllungen (Inlays), Veneers, Verblendungen. Bei Inlays ist die Erstattung auf 500 EUR pro Versicherungsjahr begrenzt;

- Zahnkronen, Teleskopkronen, Teilkronen und Onlays;
- prothetische Leistungen (Zahnbrücken, Stiftaufbauten, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur);
- Implantate und implantologische Leistungen (zahnärztliche Leistungen, implantatbezogene Analyse, Röntgenaufnahmen und Röntgenschnitten) sowie die Implantation, die Freilegung des Implantates sowie alle mit der Implantation im Zusammenhang stehenden weichgewebs- und knochenbauenden Maßnahmen.

Bei Implantaten ist die Erstattung für eine Versorgung auf bis zu 4 Stück im Oberkiefer und bis zu 4 Stück im Unterkiefer beschränkt. Bereits vorhandene Implantate werden angerechnet.

Erstattet werden 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags einschließlich anrechenbarer Vorleistungen der GKV.

Wählt die versicherte Person keinen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V (SGB V) (siehe Anhang) hinausgehenden Zahnersatz, werden die o.g. Aufwendungen zu 100 % erstattet.

## 3. Vorleistungen

Leistungen der GKV und ggf. anderer Kostenträger werden vom Erstattungsbetrag abgezogen. Soweit Ansprüche gegenüber der GKV bestehen, sind diese auch wahrzunehmen. Die Originalrechnungen sind mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Hat die versicherte Person in der GKV einen Selbstbehalt nach § 53 SGB V (siehe Anhang) vereinbart, gilt dieser ebenfalls als Vorleistung der GKV.

Bei Zahnersatz gilt als Vorleistung der GKV der befundbezogene Festzuschuss. Für Inlays und Onlays gelten die Vorleistungen für konservierende Leistungen gemäß § 28 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang). Die Erstattung ist insgesamt auf max. 100 % des Rechnungsbetrags begrenzt.

Die Behandlung muss im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung durchgeführt werden.

Privatzahnärztliche Rechnungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn für die medizinisch notwendige Maßnahme insgesamt keine Leistungspflicht der GKV besteht.

Werden Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen, z.B. weil ein Zahnarzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde, wird ein pauschaler Betrag in Höhe von 40 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als Leistungen der GKV angerechnet. Gleiches gilt für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV keine Vorleistungen erbringt.

## 4. Erstattungshöchstsätze

4.1 Die Erstattung von Aufwendungen für Zahnbehandlung nach Ziffer 2.1 und Zahnersatz nach Ziffer 2.3 ist begrenzt auf einen Gesamtbetrag von höchstens:

- 1.000 EUR im ersten Versicherungsjahr;
- 2.000 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren;
- 3.000 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren;
- 4.000 EUR in den ersten vier Versicherungsjahren.

4.2 Die Erstattung von Aufwendungen für Kieferorthopädie nach Ziffer 2.2 ist begrenzt auf einen Gesamtbetrag von höchstens:

- 500 EUR im ersten Versicherungsjahr;
- 1.000 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren;
- 1.500 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren;
- 2.000 EUR in den ersten vier Versicherungsjahren.

Die Begrenzung der Aufwendungen gemäß Ziffer 2.2 bleibt unberührt.

4.3 Die Erstattungshöchstbeträge entfallen bei nachgewiesenen, unfallbedingten Aufwendungen.

4.4 Die Erstattungshöchstsätze gelten nach § 4 Nr. 1 AVB/Kranken 2012 jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres.

Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Versicherungsjahr. Die Höchstsätze ermäßigen sich im ersten Versicherungsjahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat.

## 5. Heil- und Kostenplan

Übersteigt der zu erwartende Gesamtrechnungsbetrag bei Leistungen für Zahnersatz oder Kieferorthopädie 1.000 EUR, ist dem Versicherer rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen. Der Versicherer erstattet die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans und verpflichtet sich, dessen Prüfung innerhalb von 14 Tagen vorzunehmen. Die Aufwendungen werden zu den maßgebenden Prozentsätzen erstattet, soweit der Versicherer den Heil- und Kostenplan genehmigt hat. Wird die Maßnahme ohne vorherige Genehmigung des Versicherers durchgeführt, werden die 1.000 EUR übersteigenden Aufwendungen zu 50 % der normalen tariflichen Leistungen ersetzt.

## 6. Monatsbeiträge

Alter	OPTIMAL-Tarif	Alter	OPTIMAL-Tarif
0–25	15,90 EUR	46–50	35,00 EUR
26–30	18,00 EUR	51–55	41,50 EUR
31–35	24,10 EUR	56–60	46,90 EUR
36–40	28,00 EUR	ab 61	48,50 EUR
41–45	30,60 EUR		

Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Erreicht die versicherte Person zu Beginn des nächsten Kalenderjahres das erste Alter der jeweils folgenden Beitragsgruppe, ist ab Beginn des neuen

Kalenderjahres der für diese Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen.

## 7. Anpassung von Versicherungsleistungen

Bei Änderungen der Leistungen der GKV oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen, die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen der Tarife haben, ist der Versicherer berechtigt, die Tarifbeschreibung nach Maßgabe von § 18 AVB/Kranken 2012 den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Der Versicherer ist nach Maßgabe von § 18 AVB/Kranken 2012 auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen anzupassen.

## Tarifbeschreibung zur Zahnzusatzversicherung (BASIS-Tarif)

### 1. Versicherungsfähigkeit, nicht versicherungsfähige Personen, Wegfall der Versicherungsfähigkeit

#### 1.1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die bei einem deutschen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Eine Versicherung nach diesem Tarif ist nur möglich, wenn für die versicherte Person keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen besteht.

#### 1.2 Nicht versicherungsfähige Personen

Nicht versicherbar und trotz Prämienzahlung nicht versichert sind Personen mit einer bei Vertragsabschluss bereits vorhandenen voll- oder teilprothetischen Versorgung (herausnehmbarer Zahnersatz) sowie Personen mit bei Vertragsabschluss mehr als drei fehlenden Zähnen. Als fehlend im Sinne dieses Tarifs gelten Zähne (außer Weisheitszähne und Milchzähne), die nicht durch Zahnersatzmaßnahmen ersetzt wurden und bei denen kein Lückenschluss besteht.

#### 1.3 Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Endet die Versicherung in der GKV, so endet die Versicherung nach diesem Tarif für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der GKV fortfällt.

### 2. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Der Ersatz der Aufwendungen ist auf die in den Gebührenordnungen aufgeführten Höchstsätze begrenzt.

Als Zahnersatz gelten:

- Einlagefüllungen (Inlays), Veneers, Verblendungen. Bei Inlays ist die Erstattung auf 500 EUR pro Versicherungsjahr begrenzt;
- Zahnkronen, Teleskopkronen, Teilkronen und Onlays;
- prothetische Leistungen (Zahnbrücken, Stiftaufbauten, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur);
- Implantate und implantologische Leistungen (zahnärztliche Leistungen, implantatbezogene Analyse, Röntgenaufnahmen und Röntgenschablonen) sowie die Implantation, die Freilegung des Implantates sowie alle mit der Implantation im Zusammenhang stehenden weichgewebs- und knochenbauenden Maßnahmen.

Bei Implantaten ist die Erstattung für eine Versorgung auf bis zu 4 Stück im Oberkiefer und bis zu 4 Stück im Unterkiefer beschränkt. Bereits vorhandene Implantate werden angerechnet.

Erstattet werden 70 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags einschließlich anrechenbarer Vorleistungen der GKV.

Wählt die versicherte Person keinen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V (SGB V) (siehe Anhang) hinausgehenden Zahnersatz, werden die o.g. Aufwendungen zu 100 % erstattet.

### 3. Vorleistungen

Leistungen der GKV und ggf. anderer Kostenträger werden vom Erstattungsbetrag abgezogen. Soweit Ansprüche gegenüber der GKV bestehen, sind diese auch wahrzunehmen. Die Originalrechnungen sind mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Hat die versicherte Person in der GKV einen Selbstbehalt nach § 53 SGB V (siehe Anhang) vereinbart, gilt dieser ebenfalls als Vorleistung der GKV.

Bei Zahnersatz gilt als Vorleistung der GKV der befundbezogene Festzuschuss. Für Inlays und Onlays gelten die Vorleistungen für konservierende Leistungen gemäß § 28 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang). Die Erstattung ist insgesamt auf max. 100 % des Rechnungsbetrags begrenzt.

Die Behandlung muss im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung durchgeführt werden.

Privatzahnärztliche Rechnungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn für die medizinisch notwendige Maßnahme insgesamt keine Leistungspflicht der GKV besteht.

Werden Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen, z.B. weil ein Zahnarzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde, wird ein pauschaler Betrag in Höhe von 40 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als Leistungen der GKV angerechnet. Gleiches gilt für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV keine Vorleistungen erbringt.

### 4. Erstattungshöchstsätze

Die Erstattung von Aufwendungen für Zahnersatz ist begrenzt auf einen Gesamtbetrag von höchstens:

- 1.000 EUR im ersten Versicherungsjahr;
- 2.000 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren;
- 3.000 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren;
- 4.000 EUR in den ersten vier Versicherungsjahren.

Die Erstattungshöchstbeträge entfallen bei nachgewiesenen, unfallbedingten Aufwendungen.

Die Erstattungshöchstsätze gelten nach § 4 Nr. 1 AVB/Kranken 2012 jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres.

Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Versicherungsjahr. Die Höchstsätze ermäßigen sich im ersten Versicherungsjahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat.

### 5. Heil- und Kostenplan

Übersteigt der zu erwartende Gesamtrechnungsbetrag bei Leistungen für Zahnersatz 1.000 EUR, ist dem Versicherer rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen. Der Versicherer erstattet die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans und verpflichtet sich, dessen Prüfung innerhalb von 14 Tagen vorzunehmen. Die Aufwendungen werden zu den maßgebenden Prozentsätzen erstattet, soweit der Versicherer den Heil- und Kostenplan genehmigt hat. Wird die Maßnahme ohne vorherige Genehmigung des Versicherers durchgeführt, werden die 1.000 EUR übersteigenden Aufwendungen zu 50 % der normalen tariflichen Leistungen ersetzt.

### 6. Monatsbeiträge

Alter	BASIS-Tarif	Alter	BASIS-Tarif
0–25	5,00 EUR	46–50	16,70 EUR
26–30	7,60 EUR	51–55	20,60 EUR
31–35	10,30 EUR	56–60	24,10 EUR
36–40	12,40 EUR	ab 61	26,10 EUR
41–45	13,90 EUR		

Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Erreicht die versicherte Person zu Beginn des nächsten Kalenderjahres das erste Alter der jeweils folgenden Beitragsgruppe, ist ab Beginn des neuen Kalenderjahres der für diese Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen.

### 7. Anpassung von Versicherungsleistungen

Bei Änderungen der Leistungen der GKV oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen, die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen der Tarife haben, ist der Versicherer berechtigt, die Tarifbeschreibung nach Maßgabe von § 18 AVB/Kranken 2012 den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Der Versicherer ist nach Maßgabe von § 18 AVB/Kranken 2012 auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen anzupassen.

# Tarifbeschreibung zur stationären Zusatzversicherung

## 1. Versicherungsfähigkeit und Wegfall der Versicherungsfähigkeit

### 1.1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die bei einem deutschen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Eine Versicherung nach diesem Tarif ist nur möglich, wenn für die versicherte Person keine andere private Versicherung mit Krankenhausleistungen besteht.

### 1.2 Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Endet die Versicherung in der GKV, so endet die Versicherung nach diesem Tarif für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der GKV fortfällt.

## 2. Versicherungsleistungen

### 2.1 Wahlleistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Wahlleistungen bei einer stationären Heilbehandlung in Krankenhäusern, die der Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in der jeweils gültigen Fassung unterliegen. Als Wahlleistungen gelten:

- Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer nach Ziffer 2.1.1;
- privatärztliche Behandlung nach Ziffer 2.1.2.

Erbringt die GKV keine Leistungen oder unterliegt das Krankenhaus nicht der BPfIV oder dem KHEntgG, so entfällt auch die Erstattung nach diesem Tarif.

#### 2.1.1 Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer

Erstattet werden 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für gesondert berechenbare Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer.

Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegegesetzverordnung abrechnen, entspricht die 1. Pflegeklasse dem Einbettzimmer, die 2. Pflegeklasse dem Zweibettzimmer und die 3. Pflegeklasse dem Drei- und Mehrbettzimmer.

Werden bei gesondert berechneter Unterbringung im Zweibettzimmer keine zusätzlichen Aufwendungen für ein Einbettzimmer geltend gemacht, wird je Krankenhaustag ein Ersatzkrankenhaustagegeld in Höhe von 20 EUR gezahlt.

Werden keine zusätzlichen Aufwendungen für die Unterbringung im Ein- und im Zweibettzimmer geltend gemacht, wird je Krankenhaustag ein Ersatzkrankenhaustagegeld in Höhe von 40 EUR gezahlt.

Aufnahme- und Entlassungstag gelten für die Berechnung des Ersatzkrankenhaustagegeldes als jeweils ein Krankenhaustag.

#### 2.1.2 Privatärztliche Behandlung

Erstattet werden 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen.

Werden keine zusätzlichen Aufwendungen für gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen geltend gemacht, wird je Krankenhaustag ein Ersatzkrankenhaustagegeld in Höhe von 30 EUR gezahlt.

Aufnahme- und Entlassungstag gelten für die Berechnung des Ersatzkrankenhaustagegeldes als jeweils ein Krankenhaustag.

#### 2.2 Begleitperson bei Kindern (Rooming-In)

Erstattet werden 100 % der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung eines Elternteils, wenn dieser als Begleitperson neben dem versicherten Kind stationär aufgenommen wird.

Eine Erstattung erfolgt nur, wenn und solange das Kind das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, die Aufwendungen nicht von der GKV zu tragen sind und das Krankenhaus der BPfIV oder dem KHEntgG unterliegt.

Die Dauer der Begleitung sowie die Höhe der Unterbringungs- und Verpflegungskosten der Begleitperson sind durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

#### 2.3 Vor- und nachstationäre Behandlung gemäß § 115a Sozialgesetzbuch V (SGB V)

Erstattet werden 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115a SGB V (siehe Anhang). Erbringt die GKV keine Leistungen oder unterliegt das Krankenhaus nicht der BPfIV oder dem KHEntgG, so entfällt auch die Erstattung nach diesem Tarif.

#### 2.4 Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung im Rahmen einer stationären Behandlung

Erstattet werden 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen, soweit sie nicht unter § 115a SGB V (siehe Anhang) fallen. Erbringt die GKV keine Leistungen oder unterliegt das Krankenhaus nicht der BPfIV oder dem KHEntgG, so entfällt auch die Erstattung nach diesem Tarif.

#### 2.5 Ambulante Operationen

Erstattet werden 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen im Rahmen einer ambulant durchgeführten Operation im Krankenhaus. Die erstattungsfähigen Operationen ergeben sich aus dem nach § 115b SGB V (siehe Anhang) erstellten Katalog. Erbringt die GKV keine Leistungen oder unterliegt das Krankenhaus nicht der BPfIV oder dem KHEntgG, so entfällt auch die Erstattung nach diesem Tarif.

#### 2.6 Freie Krankenhauswahl

Erstattet werden 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die entstehen, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt (§ 39 Abs. 2 SGB V – siehe Anhang). Erbringt die GKV keine Leistungen oder unterliegt das Krankenhaus nicht der BPfIV oder dem KHEntgG, so entfällt auch die Erstattung nach diesem Tarif.

#### 2.7 Fahrt- und Transportkosten

Erstattet werden 100 % der Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen Krankentransport durch anerkannte Rettungsdienste bis zu 100 km, mindestens aber bis zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus, soweit sie nicht von der GKV zu tragen sind.

Erstattet werden auch die nachgewiesenen Fahrtkosten zum und vom Krankenhaus bis zu 100 km am Tag der ambulanten Operation.

## 3. Gemischte Heilanstalten

In Abweichung zu § 4 Abs. 5 AVB/Kranken 2012 ist eine schriftliche Zusage des Versicherers nicht erforderlich, wenn

- es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder
- die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist oder
- während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.

## 4. Sonstige Bestimmungen

Die Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen werden ersetzt, soweit sie gemäß der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet sind. Der Ersatz der Aufwendungen ist auf die in der Gebührenordnung aufgeführten Höchstsätze begrenzt.

Die Leistungen der GKV müssen auf den eingereichten Kostenbelegen bestätigt und die Höhe angerechneter Leistungen aus einem vereinbarten Selbstbehalt nach § 53 SGB V (siehe Anhang) angegeben sein. Vereinbarte Selbstbehalte nach § 53 SGB V gelten als Leistungen der GKV und werden nicht ersetzt.

## 5. Monatsbeiträge

Alter	Beitrag	Alter	Beitrag
0–15	6,70 EUR	56–60	45,60 EUR
16–20	11,90 EUR	61–65	63,30 EUR
21–25	12,90 EUR	66–70	89,70 EUR
26–50	24,00 EUR	71–75	125,20 EUR
51–55	31,00 EUR	ab 76	179,90 EUR

Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Erreicht die versicherte Person zu Beginn des nächsten Kalenderjahres das erste Alter der jeweils folgenden Beitragsgruppe, ist ab Beginn des neuen Kalenderjahres der für diese Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen.

## 6. Anpassung von Versicherungsleistungen

Bei Änderungen der Leistungen der GKV oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen, die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen des Tarifes haben, ist der Versicherer berechtigt, die Tarifbeschreibung nach Maßgabe von § 18 AVB/Kranken 2012 den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Der Versicherer ist nach Maßgabe von § 18 AVB/Kranken 2012 auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen anzupassen.



# Tarifbeschreibung zur ambulanten Zusatzversicherung

## 1. Versicherungsfähigkeit, Wegfall der Versicherungsfähigkeit

### 1.1 Versicherungsfähigkeit

1.1.1 Versicherungsfähig sind Personen, die bei einem deutschen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

1.1.2 Eine Versicherung nach diesem Tarif ist nur möglich, wenn für die versicherte Person keine andere private Versicherung mit ambulanten Leistungen besteht.

1.1.3 Weitere Voraussetzung für eine Versicherung nach diesem Tarif ist, dass für die versicherte Person bei der WGV-Versicherung AG bereits eine

- Zahnzusatzversicherung und/oder
- stationäre Zusatzversicherung besteht.

### 1.2 Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Endet die Versicherung in der GKV, so endet die Versicherung nach diesem Tarif für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der GKV fortfällt.

Erfüllt die versicherte Person nicht mehr die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit nach Ziffer 1.1.3, so endet die ambulante Zusatzversicherung mit der Beendigung der Zahnzusatz- oder stationären Zusatzversicherung bei der WGV-Versicherung AG, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

## 2. Versicherungsleistungen

### 2.1 Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind 100 % der nach § 61 SGB V (siehe Anhang) vorgeschriebenen Zuzahlungen für ärztlich verordnete

- Arznei- und Verbandmittel (§ 31 SGB V – siehe Anhang)
- Heilmittel (§ 32 SGB V – siehe Anhang)
- Hilfsmittel (§ 33 SGB V – siehe Anhang)

### 2.2 Hörgeräte

Erstattungsfähig sind 80 % des nach Vorleistung der GKV verbleibenden Rechnungsbetrags für Hörgeräte, max. 1.000 EUR pro Versicherungsjahr. Voraussetzung für die Erstattungsfähigkeit ist eine vorherige Leistung der GKV auf das jeweils in Rechnung gestellte Hörgerät.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Wartung, die Reparatur, den Betrieb (z.B. Batterien) und die Pflege (z.B. Reinigungsmittel) der Hörgeräte.

### 2.3 Sehhilfen und Laser-Operation zur Sehschärfenkorrektur

#### 2.3.1 Sehhilfen

Erstattungsfähig sind 100 % des Rechnungsbetrags für Sehhilfen, max. 200 EUR innerhalb von zwei Versicherungsjahren. Etwaige Vorleistungen der GKV werden angerechnet. Als Sehhilfen gelten Brillengläser und -gestelle, Kontaktlinsen (auch Tages- und Monatslinsen).

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Reparatur, die Reinigung und Pflegemittel der Sehhilfen.

#### 2.3.2 Laser-Operation zur Sehschärfenkorrektur

Nach Ablauf von 24 Monaten seit Beginn der ambulanten Zusatzversicherung besteht während der gesamten Vertragslaufzeit ein einmaliger Anspruch auf Erstattung von 100 % des Rechnungsbetrags für eine Sehschärfenkorrektur mittels Laser-Operation (z.B. LASIK) bis zu einem Gesamterstattungsbetrag für beide Augen von 1.000 EUR.

## 2.4 Naturheilverfahren

Erstattungsfähig sind 80 % des nach etwaiger Vorleistung der GKV verbleibenden Rechnungsbetrags, max. 1.000 EUR pro Versicherungsjahr für

- Aufwendungen für Heilbehandlung durch Heilpraktiker und
- Aufwendungen für durch Ärzte mit naturheilkundlicher Zusatzbezeichnung durchgeführte Naturheilverfahren nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis in der jeweils gültigen Fassung

sowie die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel.

Die Aufwendungen für die Vergütung von Heilpraktikern sind bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) in der jeweils gültigen Fassung erstattungsfähig.

Die Aufwendungen für die Vergütung von Ärzten mit naturheilkundlicher Zusatzbezeichnung sind bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung erstattungsfähig.

## 3. Auszahlung der Versicherungsleistungen

Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person tragen, ferner Angaben über die Krankheit (Diagnose), die einzelnen Verordnungen und die Behandlungstage enthalten. Die Rezepte müssen den Namen des Versicherten, die Verordnung, den Tag der Ausstellung, den quittierten Betrag und den Stempel der Apotheke enthalten. Den Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sind die entsprechenden Verordnungen beizufügen. Verordnungen können auch in Kopie vorgelegt werden.

## 4. Vorleistungen

Leistungen der GKV und ggf. anderer Kostenträger werden angerechnet. Soweit Ansprüche gegenüber der GKV bestehen, sind diese auch wahrzunehmen. Die Originalrechnungen sind mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Vereinarbete Selbstbehalte nach § 53 SGB V (siehe Anhang) gelten als Leistungen der GKV und werden nicht ersetzt.

## 5. Erstattungshöchstsätze

Die Erstattungshöchstsätze gelten nach § 4 Nr. 1 AVB/Kranken 2012 jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres.

Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Versicherungsjahr. Die Höchstsätze ermäßigen sich im ersten Versicherungsjahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat.

## 6. Monatsbeiträge

Alter	Beitrag	Alter	Beitrag
0–25	13,30 EUR	46–50	21,60 EUR
26–30	13,70 EUR	51–55	24,50 EUR
31–35	14,90 EUR	56–60	26,00 EUR
36–40	16,60 EUR	ab 61	29,80 EUR
41–45	18,90 EUR		

Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Erreicht die versicherte Person zu Beginn des nächsten Kalenderjahres das erste Alter der jeweils folgenden Beitragsgruppe, ist ab Beginn des neuen Kalenderjahres der für diese Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen.

## 7. Anpassung von Versicherungsleistungen

Bei Änderungen der Leistungen der GKV oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen des Tarifes haben, ist der Versicherer berechtigt, die Tarifbeschreibung nach Maßgabe von § 18 AVB/Kranken 2012 den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Der Versicherer ist nach Maßgabe von § 18 AVB/Kranken 2012 auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen anzupassen.



**Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung und  
Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/Kranken 2012)**

Diese Bedingungen gelten nur zusammen mit den Tarifbeschreibungen.

Der Versicherungsschutz

§ 1	Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes.....	9
§ 2	Beginn des Versicherungsschutzes.....	9
§ 3	Wartezeiten.....	10
§ 4	Umfang der Leistungspflicht.....	10
§ 5	Einschränkung der Leistungspflicht.....	10
§ 6	Auszahlung der Versicherungsleistungen.....	11
§ 7	Ende des Versicherungsschutzes.....	11

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8	Beitragszahlung.....	11
§ 8a	Beitragsberechnung.....	11
§ 8b	Beitragsanpassung.....	11
§ 9	Obliegenheiten.....	11
§ 10	Folgen von Obliegenheitsverletzungen.....	12
§ 11	Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte.....	12
§ 12	Aufrechnung.....	12

Ende der Versicherung

§ 13	Vertragsdauer/Kündigung durch den Versicherungsnehmer.....	12
§ 14	Kündigung durch den Versicherer.....	12
§ 15	Sonstige Beendigungsgründe.....	12

Sonstige Bestimmungen

§ 16	Willenserklärungen und Anzeigen.....	12
§ 17	Gerichtsstand.....	12
§ 18	Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.....	12

**Anhang: Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)  
Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)  
Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V)**

**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, 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, auch wenn sie über die gesetzlich eingeführten Programme hinausgehen (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 für die Krankheitskostenversicherung und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung, dem Tarif mit Tarifbeschreibung sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa im geographischen Sinn. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3).

Während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über diesen Zeitraum hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens jedoch für weitere zwei Monate.

Bei Auslandsaufhalten der versicherten Person innerhalb und außerhalb Europas ist der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

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

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz nach Maßgabe von § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang) verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 4 und 5) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 5) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

**§ 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, auch für Geburtschäden, angeborene Krankheiten und Anomalien, 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.

(4) Das erste Versicherungsjahr des jeweiligen Tarifes rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

### § 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 (LPartG) (siehe Anhang) 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. Sie entfallen bei Unfällen.

(4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches/zahnärztliches Zeugnis auf dem Vordruck des Versicherers über den Gesundheitszustand vorgelegt wird. Ist der Wartezeiterlass gewünscht, so ist die versicherte Person verpflichtet, sich auf eigene Kosten der Untersuchung zu unterziehen und den ärztlichen/zahnärztlichen Untersuchungsbericht dem Versicherer innerhalb von 21 Tagen nach Antragstellung vorzulegen. Geschieht dies nicht, so gilt die Versicherung als ohne ärztliche/zahnärztliche Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.

(5) 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 Tarifbeschreibung. Die Aufwendungen werden jeweils dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt, die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen oder die Heilmittel erbracht werden. Soweit der Tarif jährliche betragsmäßige Festlegungen (z.B. Selbstbehalte oder Leistungshöchstsätze) vorsieht, gelten diese je versicherte Person für volle Versicherungsjahre. Beginnt die Versicherung nicht am 1.1., ermäßigt sich der Betrag im ersten Versicherungsjahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat. Im Kalenderjahr, in dem die Versicherung endet, mindert sich der Selbstbehalt bzw. ein tariflicher Höchstsatz nicht.

(2) Der versicherten Person steht in Deutschland die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten, den für ambulante Behandlungen liquidationsberechtigten approbierten Ärzten eines Krankenhauses, den zur ambulanten Heilbehandlung zugelassenen Ambulanzen eines Krankenhauses, welches die Voraussetzungen nach Absatz 4 erfüllt, den medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Sozialgesetzbuch V (SGB V) (siehe Anhang), wenn die Abrechnung auf der Grundlage der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte erfolgt, den niedergelassenen approbierten psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes frei. Im Ausland können die im jeweiligen Land zugelassenen Heilbehandler in Anspruch genommen werden.

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

Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie vom Behandler verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten: Nahrungsmittel (außer bei Vorliegen einer Enzymmangelkrankung oder Mukoviszidose) und Stärkungspräparate (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badezusätze, Kosmetika, Antikonzeptiva, Desinfektionsmittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

(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 Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen im versicherten Rahmen gewährt.

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

(6) Bei teil-, vor- und nachstationärer Heilbehandlung sowie bei einer stationären Heilbehandlung in einem Sanitätszentrum der Bundeswehr besteht kein Anspruch auf Krankenhaustagegeld bzw. Ersatzkrankenhaustagegeld.

(7) 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.

(8) Aufwendungen für Behandlungen durch die in Abs. 2 genannten Behandler und in den in Abs. 4 und 5 genannten Einrichtungen sowie für Verordnungen nach Abs. 3 sind nur erstattungsfähig, sofern der Tarif entsprechende Leistungen auch vorsieht (vgl. Abs. 1 Satz 1).

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

(10) 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. Die Leistungseinschränkung für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie durch Kriegsereignisse verursachte Folgen von Unfällen und für Todesfälle entfällt, wenn

– die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird,

– für das betroffene Gebiet zum Zeitpunkt der Einreise der versicherten Person keine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes in Bezug auf das Kriegsereignis vorlag und

– die versicherte Person objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.

Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des Satz 1.

- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

- c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, 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 Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 LPartG (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- f) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- g) soweit – bei einer Behandlung im Inland oder im Ausland – die Behandlungsrechnung oder Teile davon den Bestimmungen der gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte und Psychotherapeuten bzw. dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten, falls der Tarif nichts anderes vorsieht;
- h) soweit bei einer Behandlung im Ausland die ortsüblichen Sätze überschritten werden.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

(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.

Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Rechnungszweitschriften mit Erstattungsvermerken eines anderen Versicherungsträgers werden Originalen gleichgestellt. Die Rechnungen müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Arztes (bei Behandlungen im Inland: mit Nummern des Gebührenverzeichnisses, hierfür in Rechnung gestellten Steigerungssätzen) und jeweiligem Behandlungsdatum. Wird nur Krankenhaustagegeld beansprucht, genügt eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses bzw. der Kurklinik mit dem Namen der behandelten Person über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes und die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose).

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

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

(4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen 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, zum Tag des Eingangs der Belege beim Versicherer, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.

(5) Kosten für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden; Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen können abgezogen werden, wenn der Versicherungsnehmer kein Inlandskonto benannt hat.

(6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Ist ein Krankenausweis ausgegeben worden, aufgrund dessen mit einem Leistungserbringer direkt abgerechnet werden kann, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

## § 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 (1/12 des Jahresbeitrags) gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats

fällig. Wird der Beitrag während des Versicherungsjahres nach Maßgabe von § 8b neu festgesetzt, ist der neue Beitrag vom Änderungszeitpunkt an zu zahlen. Wurden Beiträge bereits im Voraus gezahlt, ist der Unterschiedsbetrag nachzuzahlen bzw. zu erstatten.

(2) Beginnt eine Versicherung nicht am Ersten eines Monats oder endet eine Versicherung nicht zum Ende eines Monats, wird der Beitrag für diese Monate nur anteilig erhoben.

(3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

(4) Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten, der gesetzlichen Verzugszinsen und der von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren verpflichtet.

(5) 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 aufgrund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu.

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

## § 8a Beitragsberechnung

(1) Die Versicherung wird nach Art der Schadenversicherung betrieben; eine Alterungsrückstellung wird nicht gebildet.

(2) Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(3) Der Beitrag richtet sich nach der Beitragsgruppe des erreichten Alters. Die Beitragsgruppen können aus einem einzigen Alter bestehen oder mehrere Alter umfassen. Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bei Vertragsschluss die Beitragsgruppen und die zugehörigen Beiträge mit. Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Erreicht die versicherte Person zu Beginn des nächsten Kalenderjahres das erste Alter der jeweils folgenden Beitragsgruppe, ist ab Beginn des neuen Kalenderjahres der für diese Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen.

(4) Bei Beitragsänderungen, auch durch Eintritt in eine andere Beitragsgruppe, kann der Versicherer besonders vereinbarte Risikozuschläge im Verhältnis der Veränderung anpassen.

(5) 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 oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt die Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen können auch betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligungen, im Tarif vorgesehene Ersatzkrankenhaustagegelder oder Leistungsbegrenzungen sowie vereinbarte Risikozuschläge entsprechend geändert werden.

(2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den unabhängigen Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

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

## § 9 Obliegenheiten

(1) 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 oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

(2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.



(3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(4) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

(5) Weitere, besondere Obliegenheiten können sich aus der jeweils vereinbarten Tarifbeschreibung ergeben.

#### § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 9 Abs. 4 und 5 genannten Obliegenheiten verletzt, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist 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 (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Abs. 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 aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Abs. 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 Vertragsdauer/Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsvertrag wird zunächst bis zum 31.12. des folgenden Kalenderjahres abgeschlossen. Er verlängert sich um je ein weiteres Versicherungsjahr (zwölf Monate), wenn der Versicherungsnehmer ihn nicht mit einer Frist von drei Monaten vor dem jeweiligen Ablauf in Textform gekündigt hat. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses (z.B. Tarifwechsel) haben keinen Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.

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

(3) 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, 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.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel (§ 8b Abs. 1) oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne 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.

(6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis, hat die versicherte Person das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffene versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.

#### § 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt; eine danach zulässige Kündigung kann auf einzelne Tarife beschränkt werden.

#### § 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherte Person hat 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 der 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.

#### 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 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 außerhalb Deutschlands, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist abweichend von Abs. 1 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 Tarifbeschreibungen 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.



## Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

### § 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

## Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

### § 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

### § 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

### § 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Abs. 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Abs. 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

### § 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

### § 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Abs. 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

### § 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Abs. 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

### § 204 Tarifwechsel

(1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser

1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsabschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen; der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich, wenn

- a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder
- b) der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder

- c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 1. Juli 2009 beantragt wurde;

ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen;

2. bei einer Kündigung des Vertrags und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags, der ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, bei einem anderen Krankenversicherer

a) die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde;

b) bei einem Abschluss eines Vertrags im Basistarif die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und die Kündigung vor dem 1. Juli 2009 erfolgte.

Soweit die Leistungen in dem Tarif, aus dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als im Basistarif, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die Vereinbarung eines Zusatztarifes verlangen, in dem die über den Basistarif hinausgehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist. Auf die Ansprüche nach den Sätzen 1 und 2 kann nicht verzichtet werden.

(2) Im Falle der Kündigung des Vertrags zur privaten Pflege-Pflichtversicherung und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags bei einem anderen Versicherer kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer verlangen, dass dieser die für ihn kalkulierte Alterungsrückstellung an den neuen Versicherer überträgt. Auf diesen Anspruch kann nicht verzichtet werden.

(3) Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse. Handelt es sich um eine Befristung nach § 196 besteht das Tarifwechselrecht nach Absatz 1 Nummer 1.

(4) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben die Versicherungsnehmer und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

## Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V)

### § 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

(2) Die zahnärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist; sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden. Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. In Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden. Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben. Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert. Ebenso gehören funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden. Das Gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt. Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend.

### § 31 Arznei- und Verbandmittel

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 oder durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 ausgeschlossen sind, und auf Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 festzulegen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nr. 1 oder Nr. 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung einbezogen werden; § 34 Abs. 1 Satz 5, 7 und 8 und Abs. 6 sowie die §§ 35, 126 und 127 gelten entsprechend. Für verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige Medizinprodukte nach Satz 2 gilt § 34 Abs. 1 Satz 6 entsprechend. Der Vertragsarzt kann Arzneimittel, die auf Grund der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 von der Versorgung ausgeschlossen sind, ausnahmsweise in medizinisch begründeten Einzelfällen

mit Begründung verordnen. Für die Versorgung nach Satz 1 können die Versicherten unter den Apotheken, für die der Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 Geltung hat, frei wählen.

(2) Für ein Arznei- oder Verbandmittel, für das ein Festbetrag nach § 35 oder § 35a festgesetzt ist, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrages, für andere Arznei- oder Verbandmittel die vollen Kosten, jeweils abzüglich der vom Versicherten zu leistenden Zuzahlung und der Abschläge nach den §§ 130, 130a und dem Gesetz zur Einführung von Abschlägen der pharmazeutischen Großhändler. Hat die Krankenkasse mit einem pharmazeutischen Unternehmen, das ein Festbetragsarzneimittel anbietet, eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 abgeschlossen, trägt die Krankenkasse abweichend von Satz 1 den Apothekenverkaufspreis dieses Mittels abzüglich der Zuzahlungen und Abschläge nach den §§ 130 und 130a Abs. 1, 3a und 3b. Diese Vereinbarung ist nur zulässig, wenn hierdurch die Mehrkosten der Überschreitung des Festbetrages ausgeglichen werden. Die Krankenkasse übermittelt die erforderlichen Angaben einschließlich des Arzneimittel- und des Institutionskennzeichens der Krankenkasse an die Vertragspartner nach § 129 Abs. 2; das Nähere ist in den Verträgen nach § 129 Abs. 2 und 5 zu vereinbaren. Versicherte und Apotheken sind nicht verpflichtet, Mehrkosten an die Krankenkasse zurückzahlen, wenn die von der Krankenkasse abgeschlossene Vereinbarung den gesetzlichen Anforderungen nicht entspricht.

(2a) (weggefallen)

(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Satz 1 findet keine Anwendung bei Harn- und Blutteststreifen. Satz 1 gilt auch für Medizinprodukte, die nach Absatz 1 Satz 2 und 3 in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen worden sind. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann Arzneimittel, deren Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer mindestens um 30 vom Hundert niedriger als der jeweils gültige Festbetrag ist, der diesem Preis zugrunde liegt, von der Zuzahlung freistellen, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind. Für andere Arzneimittel, für die eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 besteht, kann die Krankenkasse die Zuzahlung um die Hälfte ermäßigen oder aufheben, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind. Absatz 2 Satz 4 gilt entsprechend.

(4) Das Nähere zu therapiegerechten und wirtschaftlichen Packungsgrößen bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. Ein Fertigarzneimittel, dessen Packungsgröße die größte der auf Grund der Verordnung nach Satz 1 bestimmte Packungsgröße übersteigt, ist nicht Gegenstand der Versorgung nach Absatz 1 und darf nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden.

(5) Versicherte haben Anspruch auf bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung, wenn eine diätetische Intervention mit bilanzierten Diäten medizinisch notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 fest, unter welchen Voraussetzungen welche bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung vom Vertragsarzt verordnet werden können und veröffentlicht im Bundesanzeiger eine Zusammenstellung der verordnungsfähigen Produkte. § 34 Abs. 6 gilt entsprechend. In die Zusammenstellung sollen nur Produkte aufgenommen werden, die die Anforderungen der Richtlinie erfüllen. Für die Zuzahlung gilt Absatz 3 Satz 1 entsprechend. Für die Abgabe von bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung gelten die §§ 126 und 127 entsprechend. Bei Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 sind Leistungen nach Satz 1 zu berücksichtigen.

### § 32 Heilmittel

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln, soweit sie nicht nach § 34 ausgeschlossen sind. Für nicht nach Satz 1 ausgeschlossene Heilmittel bleibt § 92 unberührt.

(1a) Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf haben die Möglichkeit, sich auf Antrag die erforderlichen Heilmittel von der Krankenkasse für einen geeigneten Zeitraum genehmigen zu lassen. Das Nähere, insbesondere zu den Genehmigungsvoraussetzungen, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6. Über die Anträge ist innerhalb von vier Wochen zu entscheiden; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen.

(2) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Heilmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag an die abgebende Stelle zu leisten. Dies gilt auch, wenn Massagen, Bäder und Krankengymnastik als Bestandteil der ärztlichen Behandlung (§ 27 Satz 2 Nr. 1) oder bei ambulanter Behandlung in Krankenhäusern, Rehabilitations- oder anderen Einrichtungen abgegeben werden. Die Zuzahlung für die in Satz 2 genannten Heilmittel, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden, errechnet sich nach den Preisen, die für die Krankenkasse des Versicherten nach § 125 für den Bereich des Vertragsarztsitzes vereinbart sind. Bestehen insoweit unterschiedliche Preisvereinbarungen, hat die Krankenkasse einen durchschnittlichen Preis zu errechnen. Die Krankenkasse teilt die anzuwendenden Preise den Kassenärztlichen Vereinigungen mit, die die Vertragsärzte darüber unterrichten.



### § 33 Hilfsmittel

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich hängt bei stationärer Pflege nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist; die Pflicht der stationären Pflegeeinrichtungen zur Vorhaltung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb jeweils notwendig sind, bleibt § 92 Abs. 1 unberührt. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen. Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen.

(2) Versicherte haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen entsprechend den Voraussetzungen nach Absatz 1. Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie auf Grund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbefähigung mindestens der Stufe 1 aufweisen; Anspruch auf therapeutische Sehhilfen besteht, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien nach § 92, bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen verordnet werden. Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfasst nicht die Kosten des Brillengestells.

(3) Anspruch auf Versorgung mit Kontaktlinsen besteht für anspruchsberechtigte Versicherte nach Absatz 2 nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92, bei welchen Indikationen Kontaktlinsen verordnet werden. Wählen Versicherte statt einer erforderlichen Brille Kontaktlinsen und liegen die Voraussetzungen des Satzes 1 nicht vor, zahlt die Krankenkasse als Zuschuss zu den Kosten von Kontaktlinsen höchstens den Betrag, den sie für eine erforderliche Brille aufzuwenden hätte. Die Kosten für Pflegemittel werden nicht übernommen.

(4) Ein erneuter Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen nach Absatz 2 besteht für Versicherte, die das vierzehnte Lebensjahr vollendet haben, nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien; für medizinisch zwingend erforderliche Fälle kann der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Ausnahmen zulassen.

(5) Die Krankenkasse kann den Versicherten die erforderlichen Hilfsmittel auch leihweise überlassen. Sie kann die Bewilligung von Hilfsmitteln davon abhängig machen, dass die Versicherten sich das Hilfsmittel anpassen oder sich in seinem Gebrauch ausbilden lassen.

(5a) Eine vertragsärztliche Verordnung ist für die Beantragung von Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 nur erforderlich, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Abweichend von Satz 1 können die Krankenkassen eine vertragsärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Kostenübernahme verlangen, soweit sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben.

(6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 1 über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. Abweichend von Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen.

(7) Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise.

(8) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle. Der Vergütungsanspruch nach Absatz 7 verringert sich um die Zuzahlung; § 43b Abs. 1 Satz 2 findet keine Anwendung. Die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt 10 vom Hundert des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf.

(9) Absatz 1 Satz 5 gilt entsprechend für Intraokularlinsen beschränkt auf die Kosten der Linsen.

### § 35 Festbeträge für Arznei- und Verbandmittel

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, für welche Gruppen von Arzneimitteln Festbeträge festgesetzt werden können. In den Gruppen sollen Arzneimittel mit

1. denselben Wirkstoffen,
2. pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere mit chemisch verwandten Stoffen,
3. therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen,

zusammengefasst werden; unterschiedliche Bioverfügbarkeiten wirkstoffgleicher Arzneimittel sind zu berücksichtigen, sofern sie für die Therapie bedeutsam sind. Die nach Satz 2 Nr. 2 und 3 gebildeten Gruppen müssen gewährleisten, dass Therapiemöglichkeiten nicht eingeschränkt werden und medizinisch notwendige Verordnungsalternativen zur Verfügung stehen; ausgenommen von diesen Gruppen sind Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, deren Wirkungsweise neuartig ist oder die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bedeuten. Als neuartig gilt ein Wirkstoff, solange derjenige Wirkstoff, der als erster dieser Gruppe in Verkehr gebracht worden ist, unter Patentschutz steht. Der Gemeinsame Bundesausschuss ermittelt auch die nach Absatz 3 notwendigen rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder anderen geeigneten Vergleichsgrößen. Für die Vorbereitung der Beschlüsse nach Satz 1 durch die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses gilt § 106 Abs. 4a Satz 3 und 7 entsprechend. Soweit der Gemeinsame Bundesausschuss Dritte beauftragt, hat er zu gewährleisten, dass diese ihre Bewertungsgrundsätze und die Begründung für ihre Bewertungen einschließlich der verwendeten Daten offen legen. Die Namen beauftragter Gutachter dürfen nicht genannt werden.

(1a) Für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen kann abweichend von Absatz 1 Satz 4 eine Gruppe nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 mit mindestens drei Arzneimitteln gebildet und ein Festbetrag festgesetzt werden, sofern die Gruppenbildung nur für Arzneimittel erfolgt, die jeweils unter Patentschutz stehen. Ausgenommen von der Gruppenbildung nach Satz 1 sind Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bedeuten. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für Arzneimittelkombinationen, die Wirkstoffe enthalten, die in eine Festbetragsgruppe nach Absatz 1 oder 1a Satz 1 einbezogen sind oder die nicht neuartig sind.

(1b) Eine therapeutische Verbesserung nach Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz und Absatz 1a Satz 2 liegt vor, wenn das Arzneimittel einen therapierelevanten höheren Nutzen als andere Arzneimittel dieser Wirkstoffgruppe hat und deshalb als zweckmäßige Therapie regelmäßig oder auch für relevante Patientengruppen oder Indikationsbereiche den anderen Arzneimitteln dieser Gruppe vorzuziehen ist. Bewertungen nach Satz 1 erfolgen für gemeinsame Anwendungsgebiete der Arzneimittel der Wirkstoffgruppe. Ein höherer Nutzen nach Satz 1 kann auch eine Verringerung der Häufigkeit oder des Schweregrads therapierelevanter Nebenwirkungen sein. Der Nachweis einer therapeutischen Verbesserung erfolgt aufgrund der Fachinformationen und durch Bewertung von klinischen Studien nach methodischen Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin, soweit diese Studien allgemein verfügbar sind oder gemacht werden und ihre Methodik internationalen Standards entspricht. Vorrangig sind klinische Studien, insbesondere direkte Vergleichsstudien mit anderen Arzneimitteln dieser Wirkstoffgruppe mit patientenrelevanten Endpunkten, insbesondere Mortalität, Morbidität und Lebensqualität, zu berücksichtigen. Die Ergebnisse der Bewertung sind in der Begründung zu dem Beschluss nach Absatz 1 Satz 1 fachlich und methodisch aufzubereiten, sodass die tragenden Gründe des Beschlusses nachvollziehbar sind. Vor der Entscheidung sind die Sachverständigen nach Absatz 2 auch mündlich anzuhören. Vorbehaltlich einer abweichenden Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses aus wichtigem Grund ist die Begründung des Beschlusses bekannt zu machen, sobald die Vorlage nach § 94 Abs. 1 erfolgt, spätestens jedoch mit Bekanntgabe des Beschlusses im Bundesanzeiger. Ein Arzneimittel, das von einer Festbetragsgruppe freigestellt ist, weil es einen therapierelevanten höheren Nutzen nur für einen Teil der Patienten oder Indikationsbereiche des gemeinsamen Anwendungsgebietes nach Satz 1 hat, ist nur für diese Anwendungen wirtschaftlich; das Nähere ist in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 zu regeln.

(2) Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie der Arzneimittelhersteller und der Berufsvertretungen der Apotheker ist vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; bei der Beurteilung von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen sind auch Stellungnahmen von Sachverständigen dieser Therapierichtungen einzuholen. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen setzt den jeweiligen Festbetrag auf der Grundlage von rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder anderen geeigneten Vergleichsgrößen fest. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann einheitliche Festbeträge für Verbandmittel festsetzen. Für die Stellungnahmen der Sachverständigen gilt Absatz 2 entsprechend.

(4) (weggefallen)

(5) Die Festbeträge sind so festzusetzen, dass sie im allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität

gesicherte Versorgung gewährleisten. Sie haben Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, sollen einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen und haben sich deshalb an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten; soweit wie möglich ist eine für die Therapie hinreichende Arzneimittelauswahl sicherzustellen. Die Festbeträge sind mindestens einmal im Jahr zu überprüfen; sie sind in geeigneten Zeitabständen an eine veränderte Marktlage anzupassen. Der Festbetrag für die Arzneimittel in einer Festbetragsgruppe nach Absatz 1 Satz 2 soll den höchsten Abgabepreis des unteren Drittels des Intervalls zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Preis einer Standardpackung nicht übersteigen. Dabei müssen mindestens ein Fünftel aller Verordnungen und mindestens ein Fünftel aller Packungen zum Festbetrag verfügbar sein; zugleich darf die Summe der jeweiligen Vornhundertsätze der Verordnungen und Packungen, die nicht zum Festbetrag erhältlich sind, den Wert von 160 nicht überschreiten. Bei der Berechnung nach Satz 4 sind hochpreisige Packungen mit einem Anteil von weniger als 1 vom Hundert an den verordneten Packungen in der Festbetragsgruppe nicht zu berücksichtigen. Für die Zahl der Verordnungen sind die zum Zeitpunkt des Berechnungsstichtages zuletzt verfügbaren Jahresdaten nach § 84 Abs. 5 zu Grunde zu legen.

(6) Sofern zum Zeitpunkt der Anpassung des Festbetrags ein gültiger Beschluss nach § 31 Absatz 3 Satz 4 vorliegt und tatsächlich Arzneimittel auf Grund dieses Beschlusses von der Zuzahlung freigestellt sind, soll der Festbetrag so angepasst werden, dass auch nach der Anpassung eine hinreichende Versorgung mit Arzneimitteln ohne Zuzahlung gewährleistet werden kann. In diesem Fall darf die Summe nach Absatz 5 Satz 5 den Wert von 100 nicht überschreiten, wenn zu erwarten ist, dass anderenfalls keine hinreichende Anzahl zuvor auf Grund von § 31 Absatz 3 Satz 4 von der Zuzahlung freigestellter Arzneimittel weiterhin freigestellt wird.

(7) Die Festbeträge sind im Bundesanzeiger bekannt zu machen. Klagen gegen die Festsetzung der Festbeträge haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Eine gesonderte Klage gegen die Gruppeneinteilung nach Absatz 1 Satz 1 bis 3, gegen die rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder anderen geeigneten Vergleichsgrößen nach Absatz 1 Satz 4 oder gegen sonstige Bestandteile der Festsetzung der Festbeträge ist unzulässig.

(8) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt und veröffentlicht Übersichten über sämtliche Festbeträge und die betroffenen Arzneimittel und übermittelt diese im Wege der Datenübertragung dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information zur abrufbaren Veröffentlichung im Internet. Die Übersichten sind vierteljährlich zu aktualisieren.

(9) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen rechnet die nach Absatz 7 Satz 1 bekannt gemachten Festbeträge für verschreibungspflichtige Arzneimittel entsprechend den Handelszuschlägen der Arzneimittelpreisverordnung in der ab dem 1. Januar 2012 geltenden Fassung um und macht die umgerechneten Festbeträge bis zum 30. Juni 2011 bekannt. Für die Umrechnung ist die Einholung von Stellungnahmen Sachverständiger nicht erforderlich. Die umgerechneten Festbeträge finden ab dem 1. Januar 2012 Anwendung.

### § 36 Festbeträge für Hilfsmittel

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden. Dabei sollen unter Berücksichtigung des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Mittel in Gruppen zusammengefasst und die Einzelheiten der Versorgung festgelegt werden. Den Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen setzt für die Versorgung mit den nach Absatz 1 bestimmten Hilfsmitteln einheitliche Festbeträge fest. Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Die Hersteller und Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Verlangen die zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Satz 1 und nach Absatz 1 Satz 1 und 2 erforderlichen Informationen und Auskünfte, insbesondere auch zu den Abgabepreisen der Hilfsmittel, zu erteilen.

(3) § 35 Abs. 5 und 7 gilt entsprechend.

(4) (weggefallen)

### § 39 Krankenhausbehandlung

(2) Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.

### § 53 Wahltarife

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, eine Prämienzahlung vorsehen, wenn sie und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Die Prämienzahlung darf ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr

gezahlten Beiträge nicht überschreiten und wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Die im dritten und vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und den §§ 24 bis 24b sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.

(3) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung zu regeln, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach § 63, § 73b, § 73c, § 137f oder § 140a teilnehmen, Tarife angeboten werden. Für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen.

(4) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. Sie kann die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen. § 13 Abs. 2 Satz 2 und 3 gilt nicht.

(5) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung die Übernahme der Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen regeln, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 von der Versorgung ausgeschlossen sind, und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen.

(6) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für die in § 44 Abs. 2 Nr. 2 und 3 genannten Versicherten gemeinsame Tarife sowie Tarife für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46 Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen, für die Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz jedoch spätestens mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit. Von § 47 kann abgewichen werden. Die Krankenkasse hat entsprechend der Leistungserweiterung Prämienzahlungen des Mitglieds vorzusehen. Die Höhe der Prämienzahlung ist unabhängig von Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko des Mitglieds festzulegen. Die Krankenkasse kann durch Satzungsregelung die Durchführung von Wahlтарifen nach Satz 1 auf eine andere Krankenkasse oder einen Landesverband übertragen. In diesen Fällen erfolgt die Prämienzahlung weiterhin an die übertragende Krankenkasse. Die Rechenschaftslegung erfolgt durch die durchführende Krankenkasse oder den durchführenden Landesverband.

(7) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für bestimmte Mitgliedergruppen, für die sie den Umfang der Leistungen nach Vorschriften dieses Buches beschränkt, den Leistungsbeschränkung entsprechende Prämienzahlung vorsehen.

(8) Die Mindestbindungsfrist beträgt für die Wahlтарife nach den Abs. 2, 4 und 5 ein Jahr und für die Wahlтарife nach den Abs. 1 und 6 drei Jahre; für die Wahlтарife nach Abs. 3 gilt keine Mindestbindungsfrist. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 1 gekündigt werden; § 175 Abs. 4 Satz 5 gilt mit Ausnahme für Mitglieder in Wahlтарifen nach Abs. 6. Die Satzung hat für Tarife ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen vorzusehen. Die Prämienzahlung an Versicherte darf bis zu 20 vom Hundert, für einen oder mehrere Tarife einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 30 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1, jedoch nicht mehr als 600 Euro, bei einem oder mehreren Tarifen einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 900 Euro jährlich betragen. Satz 4 gilt nicht für Versicherte, die Teilkostenerstattung nach § 14 gewählt haben. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach Abs. 3 wählen.

(9) Die Aufwendungen für jeden Wahlтарif müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahlтарifen auf Dauer finanziert werden. Die Krankenkassen haben darüber, der zuständigen Aufsichtsbehörde, regelmäßig mindestens alle drei Jahre, Rechenschaft abzulegen. Sie haben hierzu ein versicherungsmathematisches Gutachten vorzulegen über die wesentlichen versicherungsmathematischen Annahmen, die der Berechnung der Beiträge und der versicherungstechnischen Rückstellungen der Wahlтарife zugrunde liegen.

### § 56 Festsetzung der Regelversorgungen

(2) Die Bestimmung der Befunde erfolgt auf der Grundlage einer international anerkannten Klassifikation des Lückengebisses. Dem jeweiligen Befund wird eine zahnprothetische Regelversorgung zugeordnet. Diese hat sich an zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu orientieren, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen bei einem Befund im Sinne von Satz 1 nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse gehören. Bei der Zuordnung der Regelversorgung zum Befund sind insbesondere die Funktionsdauer, die Stabilität und die Gegenbeziehung zu berücksichtigen. Zumindest bei kleinen Lücken ist festsitzender Zahnersatz zu Grunde zu legen. Bei großen Brücken ist die Regelversorgung auf den Ersatz von bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer und bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngelände begrenzt. Bei Kombinationsversorgungen ist die Regelversorgung auf zwei Verbindungselemente je Kiefer, bei Versicherten mit einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer auf drei Verbindungselemente je Kiefer begrenzt. Regelversorgungen umfassen im Oberkiefer Verblendungen bis einschließlich Zahn fünf, im Unterkiefer bis einschließlich Zahn vier. In die Festlegung der Regelversorgung einzubeziehen sind die Befunderhebung, die Planung, die Vorbereitung



des Restgebisses, die Beseitigung von groben Okklusionshindernissen und alle Maßnahmen zur Herstellung und Eingliederung des Zahnersatzes einschließlich der Nachbehandlung sowie die Unterweisung im Gebrauch des Zahnersatzes. Bei der Festlegung der Regelversorgung für zahnärztliche Leistungen und für zahntechnische Leistungen sind jeweils die einzelnen Leistungen nach § 87 Abs. 2 und § 88 Abs. 1 getrennt aufzulisten. Inhalt und Umfang der Regelversorgung sind in geeigneten Zeitabständen zu überprüfen und an die zahnmedizinische Entwicklung anzupassen. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann von den Vorgaben der Sätze 5 bis 8 abweichen und die Leistungsbeschreibung fortentwickeln.

## § 61 Zuzahlungen

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

## § 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

(1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Eine Einrichtung nach Satz 2 ist dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind; sie ist nicht fachübergreifend, wenn die Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe nach § 101 Abs. 5 angehören und wenn die Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 angehören. Sind in einer Einrichtung nach Satz 2 ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist tätig, so ist die Einrichtung fachübergreifend. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).

(1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gegründet werden; die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung möglich. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort.

(2) Um die Zulassung als Vertragsarzt kann sich jeder Arzt bewerben, der seine Eintragung in ein Arzt- oder Zahnarztregister (Arztregister) nachweist. Die Arztregister werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen für jeden Zulassungsbezirk geführt. Die Eintragung in ein Arztregister erfolgt auf Antrag

1. nach Erfüllung der Voraussetzungen nach § 95a für Vertragsärzte und nach § 95c für Psychotherapeuten,
2. nach Ableistung einer zweijährigen Vorbereitungszeit für Vertragszahnärzte.

Das Nähere regeln die Zulassungsverordnungen. Um die Zulassung kann sich ein medizinisches Versorgungszentrum bewerben, dessen Ärzte in das Arztregister nach Satz 3 eingetragen sind. Für die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung ist außerdem Voraussetzung, dass die Gesellschafter selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben; dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums fällig werden. Die Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Satzes 5 erfüllt sind; Absatz 9b gilt entsprechend. Anträge auf Zulassung eines Arztes und auf Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums sowie auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum sind abzulehnen, wenn bei Antragstellung für die dort tätigen Ärzte Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 Satz 2 angeordnet sind. Für die in den medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte gilt § 135 entsprechend.

(2a) (weggefallen)

(3) Die Zulassung bewirkt, dass der Vertragsarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wird und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der

Zulassung folgenden zeitlich vollen oder hälftigen Versorgungsauftrages berechtigt und verpflichtet ist. Die Zulassung des medizinischen Versorgungszentrums bewirkt, dass die in dem Versorgungszentrum angestellten Ärzte Mitglieder der für den Vertragsarztsitz des Versorgungszentrums zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sind und dass das zugelassene medizinische Versorgungszentrum insoweit zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind verbindlich.

(4) Die Ermächtigung bewirkt, dass der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte Einrichtung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind für sie verbindlich. Die Absätze 5 bis 7, § 75 Abs. 2 und § 81 Abs. 5 gelten entsprechend.

(5) Die Zulassung ruht auf Beschluss des Zulassungsausschusses, wenn der Vertragsarzt seine Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht ausübt, ihre Aufnahme aber in angemessener Frist zu erwarten ist, oder auf Antrag eines Vertragsarztes, der in den hauptamtlichen Vorstand nach § 79 Abs. 1 gewählt worden ist. Unter den gleichen Voraussetzungen kann bei vollem Versorgungsauftrag das hälftige Ruhen der Zulassung beschlossen werden.

(6) Die Zulassung ist zu entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, der Vertragsarzt die vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt. Der Zulassungsausschuss kann in diesen Fällen statt einer vollständigen auch eine hälftige Entziehung der Zulassung beschließen. Einem medizinischen Versorgungszentrum ist die Zulassung auch dann zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzung des Absatzes 1 Satz 4 und 5 oder des Absatzes 1a Satz 1 länger als sechs Monate nicht mehr vorliegt. Medizinischen Versorgungszentren, die unter den in Absatz 1a Satz 2 geregelten Bestandsschutz fallen, ist die Zulassung zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzungen des Absatzes 1 Satz 6 zweiter Halbsatz in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung seit mehr als sechs Monaten nicht mehr vorliegen oder das medizinische Versorgungszentrum gegenüber dem Zulassungsausschuss nicht bis zum 30. Juni 2012 nachweist, dass die ärztliche Leitung den Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 3 entspricht.

(7) Die Zulassung endet mit dem Tod, mit dem Wirksamwerden eines Verzichts, mit dem Ablauf des Befristungszeitraumes oder mit dem Wegzug des Berechtigten aus dem Bezirk seines Kassenarztsitzes. Die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums endet mit dem Wirksamwerden eines Verzichts, der Auflösung, dem Ablauf des Befristungszeitraumes oder mit dem Wegzug des zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums aus dem Bezirk des Vertragsarztsitzes.

(8) (weggefallen)

(9) Der Vertragsarzt kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, anstellen, sofern für die Arztgruppe, der der anzustellende Arzt angehört, keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Sind Zulassungsbeschränkungen angeordnet, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Voraussetzungen des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 erfüllt sein müssen. Das Nähere zu der Anstellung von Ärzten bei Vertragsarztsitzen bestimmen die Zulassungsverordnungen. Absatz 7 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.

(9a) Der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsarzt kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die von einer Hochschule mindestens halbtags als angestellte oder beamtete Hochschullehrer für Allgemeinmedizin oder als deren wissenschaftliche Mitarbeiter beschäftigt werden und in das Arztregister eingetragen sind, unabhängig von Zulassungsbeschränkungen anstellen. Bei der Ermittlung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich sind diese angestellten Ärzte nicht mitzurechnen.

(9b) Eine genehmigte Anstellung nach Absatz 9 Satz 1 ist auf Antrag des anstellenden Vertragsarztes vom Zulassungsausschuss in eine Zulassung umzuwandeln, sofern der Umfang der Tätigkeit des angestellten Arztes einem ganzen oder halben Versorgungsauftrag entspricht; beantragt der anstellende Vertragsarzt nicht zugleich bei der Kassenärztlichen Vereinigung die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 4, wird der bisher angestellte Arzt Inhaber der Zulassung.

(10) Psychotherapeuten werden zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, wenn sie

1. bis zum 31. Dezember 1998 die Voraussetzung der Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes und des Fachkundenachweises nach § 95c Satz 2 Nr. 3 erfüllt und den Antrag auf Erteilung der Zulassung gestellt haben,
2. bis zum 31. März 1999 die Approbationsurkunde vorlegen und
3. in der Zeit vom 25. Juni 1994 bis zum 24. Juni 1997 an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung teilgenommen haben.

Der Zulassungsausschuss hat über die Zulassungsanträge bis zum 30. April 1999 zu entscheiden.

(11) Psychotherapeuten werden zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt, wenn sie

1. bis zum 31. Dezember 1998 die Voraussetzungen der Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes erfüllt und 500 dokumentierte Behandlungsstunden oder 250 dokumentierte Behandlungsstunden unter qualifizierter Supervision in Behandlungsverfahren

erbracht haben, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den bis zum 31. Dezember 1998 geltenden Richtlinien über die Durchführung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung anerkannt hat (Psychotherapie-Richtlinien in der Neufassung vom 3. Juli 1987 – BAnz. Nr. 156 Beilage Nr. 156a –, zuletzt geändert durch Bekanntmachung vom 12. März 1997 – BAnz. Nr. 49 S. 2946), und den Antrag auf Nachqualifikation gestellt haben,

2. bis zum 31. März 1999 die Approbationsurkunde vorlegen und
3. in der Zeit vom 25. Juni 1994 bis zum 24. Juni 1997 an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung teilgenommen haben.

Der Zulassungsausschuss hat über die Anträge bis zum 30. April 1999 zu entscheiden. Die erfolgreiche Nachqualifikation setzt voraus, dass die für die Approbation gemäß § 12 Abs. 1 und § 12 Abs. 3 des Psychotherapeutengesetzes geforderte Qualifikation, die geforderten Behandlungsstunden, Behandlungsfälle und die theoretische Ausbildung in vom Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannten Behandlungsverfahren erbracht wurden. Bei Nachweis des erfolgreichen Abschlusses der Nachqualifikation hat der Zulassungsausschuss auf Antrag die Ermächtigung in eine Zulassung umzuwandeln. Die Ermächtigung des Psychotherapeuten erlischt bei Beendigung der Nachqualifikation, spätestens fünf Jahre nach Erteilung der Ermächtigung; sie bleibt jedoch bis zur Entscheidung des Zulassungsausschusses erhalten, wenn der Antrag auf Umwandlung bis fünf Jahre nach Erteilung der Ermächtigung gestellt wurde.

**(11a)** Für einen Psychotherapeuten, der bis zum 31. Dezember 1998 wegen der Betreuung und der Erziehung eines Kindes in den ersten drei Lebensjahren, für das ihm die Personensorge zustand und mit dem er in einem Haushalt gelebt hat, keine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, wird die in Abs. 11 Satz 1 Nr. 1 genannte Frist zur Antragstellung für eine Ermächtigung und zur Erfüllung der Behandlungsstunden um den Zeitraum hinausgeschoben, der der Kindererziehungszeit entspricht, höchstens jedoch um drei Jahre. Die Ermächtigung eines Psychotherapeuten ruht in der Zeit, in der er wegen der Betreuung und der Erziehung eines Kindes in den ersten drei Lebensjahren, für das ihm die Personensorge zustand und das mit ihm in einem Haushalt lebt, keine Erwerbstätigkeit ausübt. Sie verlängert sich längstens um den Zeitraum der Kindererziehung.

**(11b)** Für einen Psychotherapeuten, der in dem in Abs. 10 Satz 1 Nr. 3 und Abs. 11 Satz 1 Nr. 3 genannten Zeitraum wegen der Betreuung und Erziehung eines Kindes in den ersten drei Lebensjahren, für das ihm die Personensorge zustand und mit dem er in einem Haushalt gelebt hat, keine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, wird der Beginn der Frist um die Zeit vorverlegt, die der Zeit der Kindererziehung in dem Dreijahreszeitraum entspricht. Begann die Kindererziehungszeit vor dem 25. Juni 1994, berechnet sich die Frist vom Zeitpunkt des Beginns der Kindererziehungszeit an.

**(12)** Der Zulassungsausschuss kann über Zulassungsanträge von Psychotherapeuten und überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte, die nach dem 31. Dezember 1998 gestellt werden, erst dann entscheiden, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 103 Abs. 1 Satz 1 getroffen hat. Anträge nach Satz 1 sind wegen Zulassungsbeschränkungen auch dann abzulehnen, wenn diese bei Antragstellung noch nicht angeordnet waren.

**(13)** In Zulassungssachen der Psychotherapeuten und der überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte (§ 101 Abs. 3 Satz 1) treten abweichend von § 96 Abs. 2 Satz 1 und § 97 Abs. 2 Satz 1 an die Stelle der Vertreter der Ärzte Vertreter der Psychotherapeuten und der Ärzte in gleicher Zahl; unter den Vertretern der Psychotherapeuten muss mindestens ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sein. Für die erstmalige Besetzung der Zulassungsausschüsse und der Berufungsausschüsse nach Satz 1 werden die Vertreter der Psychotherapeuten von der zuständigen Aufsichtsbehörde auf Vorschlag der für die beruflichen Interessen maßgeblichen Organisationen der Psychotherapeuten auf Landesebene berufen.

#### § 115a Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

**(1)** Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflichtung behandeln, um

1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder
2. im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.

**(2)** Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei

Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachbetreuung von Organspendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 des Transplantationsgesetzes entsprechend.

**(3)** Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistungen mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 1. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von drei Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder der zuständigen Landesbehörde die Vergütung fest.

#### § 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus

**(1)** Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

In der Vereinbarung nach Satz 1 Nr. 1 sind bis zum 31. Dezember 2000 die ambulant durchführbaren Operationen und stationärsersetzenden Eingriffe gesondert zu benennen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, und allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 und § 137 zu berücksichtigen. In der Vereinbarung ist vorzusehen, dass die Leistungen nach Satz 1 auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können.

**(2)** Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen und stationärsersetzenden Eingriffe zugelassen. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss (§ 96); die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landeskrankenhausgesellschaft über den Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung. Das Krankenhaus ist zur Einhaltung des Vertrages nach Absatz 1 verpflichtet. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen; die Krankenhäuser übermitteln den Krankenkassen die Daten nach § 301, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich ist.

**(3)** Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 festgesetzt. Dieses wird hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vorgesehen ist (erweitertes Bundesschiedsamt). Das erweiterte Bundesschiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder. § 112 Abs. 4 gilt entsprechend.

**(4)** Bis zum Inkrafttreten einer Regelung nach Absatz 1 oder 3, jedoch längstens bis zum 31. Dezember 1994, sind die Krankenhäuser zur Durchführung ambulanter Operationen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (§ 87) berechtigt. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss (§ 96), in der die im Krankenhaus ambulant durchführbaren Operationen bezeichnet werden; Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz gilt entsprechend. Die Vergütung richtet sich nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab mit den für die Versicherten geltenden Vergütungssätzen. Absatz 2 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

**(5)** In der Vereinbarung nach Absatz 1 können Regelungen über ein gemeinsames Budget zur Vergütung der ambulanten Operationsleistungen der Krankenhäuser und der Vertragsärzte getroffen werden. Die Mittel sind aus der Gesamtvergütung und den Budgets der zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäuser aufzubringen.



# Merkblatt zur Datenverarbeitung

## (gilt nur für Produkte der Lebens-/Kranken-/Unfallversicherung)

### Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mithilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die früher gebräuchlichen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines rechtsgeschäftlichen oder rechtsgeschäftsähnlichen Schuldverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der Daten verarbeitenden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen am Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

### Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Um Ihre Gesundheitsdaten in der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben oder an andere Stellen, wie z.B. Rückversicherer, weiterleiten zu dürfen. Diese Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützter Daten.

Daher ist in Ihren Versicherungsantrag für die Personenversicherung eine Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung aufgenommen worden, die inhaltlich mit den Aufsichtsbehörden für den Datenschutz abgestimmt wurde.

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige weitere wesentliche Beispiele für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung nennen:

#### 1. Bonitätsprüfung

Bei Neukunden, mit denen wir noch keine Vertragsbeziehung unterhalten, führen wir vor Vertragsabschluss eine Bonitätsprüfung durch. Deren Zweck ist es, die Zahlungsfähigkeit des Antragstellers zu überprüfen, um Kosten zu vermeiden, die bei Zahlungsunfähigkeit eines Kunden entstehen und letztlich zu Lasten der Gemeinschaft aller Versicherten gehen würden. Wir holen diese Auskunft selbst ein oder bedienen uns dazu folgender Auskunft:

infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden (infoscore)

Zur Bonitätsprüfung übermitteln wir an infoscore Ihre Antragsdaten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse), um Verwechslungen ausschließen zu können. Diese Daten werden seitens infoscore nicht gespeichert, sondern mit einem Datenpool abgeglichen, der Informationen aus dem Schuldnerverzeichnis, dem Verzeichnis über private Insolvenzen sowie weitere sonstige kreditrelevante Daten über Privatpersonen enthält.

#### 2. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z.B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen, z.B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen, Immobilien, werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z.B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Ihre Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt. Dabei sind die sog. Partnerdaten (z.B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann man eingehende Post immer richtig zuordnen und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen korrekt verbucht werden.

Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar. Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des BDSG zu beachten sind.

Der WGV-Versicherungsgruppe gehören zurzeit folgende Unternehmen an:

Württembergische Gemeinde-Versicherung a.G.

WGV-Versicherung AG

WGV-Lebensversicherung AG

WGV Rechtsschutz-Schadenservice GmbH

WGV-Informatik und Media GmbH

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Versicherungsangelegenheiten und Finanzdienstleistungen (z.B. Krankenversicherungen, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Kredite, Immobilien) auch mit anderen Versicherungsunternehmen, Kreditinstituten, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften außerhalb der Gruppe zusammen.

Zurzeit kooperieren wir mit: Landesbausparkasse Baden-Württemberg

ROLAND Assistance GmbH

Sparkassen Pensionskasse AG

Süddeutsche Krankenkasse a.G.

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die folgenden Ausführungen unter Punkt 3.

#### 3. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unserer Kooperationspartner werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften u. a.

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z.B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z.B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

#### 4. Weitere Auskünfte und Erläuterungen

Sie haben nach dem BDSG unter anderem ein Recht auf Auskunft über Ihre bei uns gespeicherten Daten, deren Verwendungszweck und deren Empfänger, sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung dieser Daten. Sie können der Verwendung von Daten zum Zweck der Werbung oder der Markt- oder Meinungsforschung jederzeit widersprechen.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den **betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers, 70164 Stuttgart**. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.

