

Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung gemäß § 95 SGB V

Hinweis: Zur Vermeidung etwaiger Verzögerungen bei der Beschlussfassung über Ihren Antrag wird dringend empfohlen, die vollständigen Antragsunterlagen frühzeitig, d.h. mindestens 6 Wochen vor der Ihrerseits avisierten Sitzung des Zulassungsausschusses, bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses einzureichen.

I. Allgemeine Angaben zum Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ):

(Hinweis: Das Wort „MVZ“ ist Pflichtbestandteil des Namens.)

- 1. Name des MVZ:
- 2. Anschrift/ Betriebsstandort:
- 3. Telefonnummer/ Fax:
- 4. E-Mail:

Hinweis: Anschrift ist der Betriebsstandort des MVZ, an dem die Erbringung aller ambulanten Leistungen der am MVZ tätigen Zahnärzte erfolgt. Sofern sich der Sitz des MVZ an einem Krankenhaus befindet, sind – zur Darstellung der räumlichen Trennung des MVZ vom Krankenhaus entsprechende Grundrisse/Lagepläne beizulegen.

II. Die Zulassung wird beantragt zum (Datum):

III. Zahnärztliche oder kieferorthopädische Ausrichtung

- ZA
- KFO

IV. Trägergesellschaft des MVZ

Die Zulassung des MVZ am Standort des MVZ wird durch folgende Trägergesellschaft beantragt.

1. Allgemeine Angaben zur Trägergesellschaft

(Der Name der Trägergesellschaft muss die Gesellschaftsform beinhalten. Name, Anschrift und Vertretungsbefugnis der Trägergesellschaft ergeben sich aus dem Gesellschafts- bzw. Partnerschaftsvertrag oder Satzung und bei einer Partnerschaftsgesellschaft, einer GmbH oder einer eingetragenen Genossenschaft aus dem Registerauszug.)

- 1.1 Name:
-
-
- 1.2 Kontaktdaten:
- Anschrift:
- Telefonnummer / Fax:
- E-Mail:
- 1.3 Vertretungsberechtigte
bzw. Geschäftsführer:

2. Rechtsform der Trägergesellschaft

(Die gewählte Rechtsform ist durch das Beifügen aller bei der jeweiligen Rechtsform aufgeführten Unterlagen in einfacher Kopie nachgewiesen. Die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft, einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich-rechtlichen Rechtsform (nur bei Kommunen) möglich.

Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)

Nachweise

- Gesellschaftsvertrag gem. §§ 2, 3 GmbHG
- aktueller Auszug aus dem Handelsregister gem. § 7 GmbHG
(nicht älter als 3 Monate)
- aktuelle Gesellschafterliste gem. § 40 GmbHG aus dem Handelsregister
(nicht älter als 3 Monate)
- selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung nach § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V

Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)

Nachweis

- Gesellschaftsvertrag nach § 705 BGB

Partnerschaftsgesellschaft (PartG)

Nachweise

- Partnerschaftsvertrag gem. § 3 PartGG
- aktueller Auszug aus dem Partnerschaftsregister gem. § 4 PartGG
(nicht älter als 3 Monate)

eingetragene Genossenschaft (eG)

Nachweise

- Satzung nach § 5 GenG
- aktueller Auszug aus dem Genossenschaftsregister gem. § 10 GenG
(nicht älter als 3 Monate)
- aktueller Ausdruck der Mitgliederliste gem. § 30 GenG

öffentlich-rechtliche Rechtsform (bei Kommunen)

Nachweise

- Satzung
- sonstige Unterlagen

V. Gesellschafter der Trägergesellschaft

(Mehrfachnennungen sind möglich. Aufzuführen sind alle Gesellschafter der Trägergesellschaft. Die Gründereigenschaft ist durch das Beifügen aller beim jeweiligen Gründungsberechtigten aufgeführten Unterlagen in einfacher Kopie nachzuweisen).

Sollten die Zeilen nicht ausreichen, bitte separates Beiblatt 1 verwenden

§ 95 Abs. 1 SGB V

Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten (einschließlich Zahnärzte), von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V von gemeinnützigen Trägern, die Aufgrund von Zulassung und Ermächtigung an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen begründet werden.

1. Vertragszahnärztin / Vertragszahnarzt

Titel, Name, Vorname:

bisherige Abrechnungs-Nr.:

Kontaktdaten:

Anschrift (privat):

Telefon-/Faxnummer:

E-Mail:

Anschrift (dienst)

.....

Telefon-/Faxnummer:

E-Mail:

Die Zulassung des Gründers wird

aufgegeben und soll durch eine Anstellungsgenehmigung im MVZ ersetzt werden (Antrag auf Genehmigung zur Anstellung und der Verzicht sind separat als Anlage beizufügen).
.....
.....

aufrechterhalten und in dieses MVZ
 teilweise oder
 vollständig
eingebracht werden.

aufrechterhalten und bleibt an dem bisherigen Standort bestehen. Der Gründer wird nicht im MVZ tätig.

Nachweis über die Gründereigenschaft

aktueller Auszug aus dem Zahnarztregister (nicht älter als 3 Monate) – nicht erforderlich bei Eintragung im Zahnarztregister der KZV Hessen

Es gibt weitere Gründer bitte Beiblatt 1 benutzen

2. Zugelassenes Krankenhaus nach § 108 SGB V

Name des Krankenhauses:
Anschrift:
.....
Telefon-/ Faxnummer:
E-Mail:
Name der Trägergesellschaft
des Krankenhauses:
Rechtsform der Trägergesellschaft
des Krankenhauses:
Anschrift der Gesellschaft:
Geschäftsführer(in) der Gesellschaft:

Nachweis über die Gründereigenschaft

- Nachweis über die Anerkennung als Hochschulklinik
oder
- Nachweis über die Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes
oder
- Versorgungsvertrag i.S.d. § 109 SGB V
und
- Gesellschaftsvertrag der Krankenhausträgergesellschaft
- Auszug aus dem Handelsregister von der Krankenhausträgergesellschaft
- Gesellschafterliste der Trägergesellschaft des MVZ

3. Gemeinnütziger Träger

Name des gemeinnützigen Trägers:
Kontaktdaten:
Anschrift:
Telefon-/ Faxnummer:
E-Mail:
Rechtsform der Gesellschaft:
Name der Gesellschaft:
Anschrift der Gesellschaft:
Geschäftsführer(in)der Gesellschaft:

Nachweise über die Gründereigenschaft

- Bescheid über die Zulassung bzw. Ermächtigung zur vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung
- Nachweis der Gemeinnützigkeit

4. Kommune

Name der Gemeinde
Kontaktdaten:
Anschrift:
Telefon-/ Faxnummer:
E-Mail:
Ansprechpartner:
Kontaktdaten des Ansprechpartners:
Anschrift
Telefon-/ Faxnummer:
E-Mail:

VI. Erklärung zu den Gesellschaftern der Trägergesellschaft

Hiermit erklären wir, alle Gesellschafterinnen und Gesellschafter der Trägergesellschaft angegeben zu haben. An der Gesellschaft sind nur solche natürlichen und/oder juristischen Personen beteiligt, die zum Kreis der Gründungsberechtigten nach § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V gehören und in diesem Antragsformular benannt sind.

An der Trägergesellschaft sind keine stillen Gesellschafterinnen und Gesellschafter beteiligt.

Unterschrift aller Gründerinnen und Gründer der Trägergesellschaft (in Druckbuchstaben)

.....
Titel, Name, Vorname

VII. Angaben zu den Zahnärzten, die im MVZ tätig werden sollen

(Sollten die Zeilen nicht ausreichen, bitte Beiblatt 2 verwenden)

Im beantragten MVZ sollen tätig werden:

Vertragszahnärzte

(hierzu bitte ggf. den Antrag auf Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung bzw. Antrag auf Verlegung der Zulassung in das MVZ ausfüllen und beifügen)

1.

Titel, Name, Vorname

Vollzulassung

Teilzulassung

2.

Titel, Name, Vorname

Vollzulassung

Teilzulassung

3.

Titel, Name, Vorname

Vollzulassung

Teilzulassung

4.

Titel, Name, Vorname

Vollzulassung

Teilzulassung

5.

Titel, Name, Vorname

Vollzulassung

Teilzulassung

6.

Titel, Name, Vorname

Vollzulassung

Teilzulassung

7.

Titel, Name, Vorname

Vollzulassung

Teilzulassung

Es gibt weitere im MVZ tätige Vertragszahnärzte siehe Beiblatt 2

Angestellte Zahnärzte

(hierzu bitte den Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines(r) angestellten Zahnarztes / Zahnärztin ausfüllen und die Arbeitsverträge in Kopie beifügen)

1.
Titel, Name, Vorname

Wochenstunden:

- ganztags (über 30 Std/Woche)
 halbtags (ab 10 bis 30 Std/Woche)

Die konkrete Wochenarbeitszeit laut im MVZ Arbeitsvertrag beträgt _____ Stunden/Woche.

2.
Titel, Name, Vorname

Wochenstunden:

- ganztags (über 30 Std/Woche)
 halbtags (ab 10 bis 30 Std/Woche)

Die konkrete Wochenarbeitszeit laut im MVZ Arbeitsvertrag beträgt _____ Stunden/Woche.

3.
Titel, Name, Vorname

Wochenstunden:

- ganztags (über 30 Std/Woche)
 halbtags (ab 10 bis 30 Std/Woche)

Die konkrete Wochenarbeitszeit laut im MVZ Arbeitsvertrag beträgt _____ Stunden/Woche.

4.
Titel, Name, Vorname

Wochenstunden:

- ganztags (über 30 Std/Woche)
 halbtags (ab 10 bis 30 Std/Woche)

Die konkrete Wochenarbeitszeit laut im MVZ Arbeitsvertrag beträgt _____ Stunden/Woche.

5.
Titel, Name, Vorname

Wochenstunden:

- ganztags (über 30 Std/Woche)
 halbtags (ab 10 bis 30 Std/Woche)

Die konkrete Wochenarbeitszeit laut im MVZ Arbeitsvertrag beträgt _____ Stunden/Woche.

Es gibt weitere angestellte Zahnärzte siehe Beiblatt 3

VIII. Zahnärztliche Leitung

(Der zahnärztliche Leiter muss im MVZ selbst als angestellter Zahnarzt oder als Vertragszahnarzt im MVZ mindestens 20 Wochenstunden tätig sein.)

Titel, Name, Vorname:

Anschrift (privat):

Telefon-/Faxnummer:

E-Mail:

Anschrift (dienstlich):

Telefon-/Faxnummer:

E-Mail:

Der zahnärztliche Leiter ist:

zugelassener Vertragszahnarzt im MVZ

angestellter Zahnarzt im MVZ

Die Tätigkeit als zahnärztlicher Leiter wird aufgrund der mit dem MVZ geschlossenen Vereinbarung über die zahnärztliche Leitung im Umfang von Wochenstunden wahrgenommen.

Nachweis über die zahnärztliche Leitung

Vertrag über die zahnärztliche Leitung

sonstiger Nachweis

IX. Kooperationsform des MVZ

Tätigkeit des MVZ in Praxisgemeinschaft mit

.....

X. weitere Angaben

Der nach diesem Antrag Gründungsberechtigte i.S.d. § 95 Abs. 1a Satz 1 und Abs. 1b SGB V betreibt weitere MVZ

ja

nein

falls ja:

Diese MVZ werden unter folgendem Namen und an folgenden Standorten (bitte die genaue Adresse angeben) betrieben.

1.

2.

3.

4.

5.

6.

Tritt das hier beantragte MVZ mit anderen MVZ nach außen gemeinschaftlich auf (z.B. gleicher Markenname, gemeinsame Internetseite, gemeinschaftlich genutzter Name)

ja nein

falls ja:

Die anderen MVZ werden an folgenden Standorten betrieben:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

Zusammenschluss der Standorte zu einer ÜBAG ja nein

(Hinweis: Der Zusammenschluss ist separat zu beantragen incl. beigefügten Antrag sowie Sozietätsvertrag.)

XI. Versicherungsnachweis gemäß § 95e SGB V

Vorlage eines Versicherungsnachweises gemäß § 95 e SGB V über das Bestehen einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung

XII. Gebühren

Hiermit erkläre/n ich/wir mich/uns einverstanden, dass die Antragsgebühr gem. § 46 Abs. 1b Zahnärzte-ZV in Höhe von 100,00 € sowie die Verwaltungsgebühr gem. § 46 Abs. 2a Zahnärzte-ZV in Höhe von 400,00 € vom Honorarkonto des Zahnmedizinischen Versorgungszentrums abgebucht wird.

XIII. Erklärung/Hinweise

Das beantragte MVZ soll an der ambulanten vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen. In dem MVZ sollen:

- Zugelassene Vertragszahnärzte tätig werden
(benennen Sie diese bitte auf dem **Beiblatt 2: Zugelassene Vertragszahnärzte im MVZ**)

Vertragszahnärzte die in dem MVZ tätig werden wollen, deren Praxisadresse aber nicht mit dem Sitz des MVZ identisch ist, müssen jeweils einen gesonderten Antrag auf Verlegung des Vertragszahnarztsitzes in das MVZ beim Zulassungsausschuss stellen.

- Angestellte Zahnärzte tätig werden
(benennen Sie diese bitte auf dem **Beiblatt 3: Angestellte Zahnärzte im MVZ**)

Die Anstellung in einem MVZ bedarf zusätzlich zu der Zulassung des MVZ einer Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Diese ist eigens und für jeden anzustellenden Zahnarzt von dem/den Vertretungsberechtigten des MVZ zu beantragen.

Als Gesellschafter und nach § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V zur Gründung des MVZ Berechtigte(r) versichere ich/ versichern wir, dass die gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Änderungen oder Ergänzungen nach Genehmigung des MVZ werden vom Unterzeichner / von den Unterzeichnern der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitgeteilt.

Sämtliche Angaben in diesem Antrag werden für die Genehmigung gemäß § 95 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 18 Zahnärzte-ZV benötigt. Unvollständige Angaben können zur Folge haben, dass die Genehmigung nicht erteilt wird. Wenn die bei der Erteilung dieser Genehmigung zugrunde gelegten Voraussetzungen tatsächlich nicht erfüllt waren oder nachträglich entfallen, kann die Zulassung entzogen werden; sie ist zu entziehen, wenn die Voraussetzungen, unter denen sie erteilt wurde, tatsächlich nicht vorlagen oder nachträglich weggefallen sind; im Übrigen kann die Genehmigung in den durch Gesetz bestimmten Fällen entzogen werden.

Jede Statusänderung wie beispielsweise die Verlegung des Vertragszahnarztsitzes bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die für den Antrag erforderliche Genehmigung des Ausschusses kann – wie auch jede sonstige Genehmigung – nur mit Wirkung für die Zukunft und nicht für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum erteilt werden.

Ich/Wir versichern, dass die Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Sofern sich Änderungen zu vorstehenden Angaben ergeben, werden diese umgehend dem Zulassungsausschuss schriftlich mitgeteilt.

Ort/Datum

Unterschrift Vertretungsberechtigte/-r der
MVZ-Trägergesellschaft

Ort/Datum

Unterschrift Vertretungsberechtigte/-r der MVZ-
Trägergesellschaft

Vertragszahnärztin / Vertragszahnarzt

Titel, Name, Vorname:

bisherige Abrechnungs-Nr.:

Kontaktdaten:

Anschrift (privat):

Telefon-/Faxnummer:

E-Mail:

Anschrift (dienstlich):

.....

Telefon-/Faxnummer:

E-Mail:

Die Zulassung des Gründers wird

aufgegeben und soll durch eine Anstellungsgenehmigung im MVZ ersetzt werden (Antrag auf Genehmigung zur Anstellung und der Verzicht sind separat als Anlage beizufügen).

.....
.....

aufrechterhalten und in dieses MVZ

teilweise oder

vollständig

eingebraucht werden

aufrechterhalten und bleibt an dem bisherigen Standort bestehen. Der Gründer wird nicht im MVZ tätig.

Nachweis über die Gründereigenschaft

aktueller Auszug aus dem Zahnarztregister (nicht älter als 3 Monate) – nicht erforderlich bei Eintragung im Zahnarztregister der KZV Hessen [hier: Angabe der zulassenden KZV)

Beiblatt 2 – weitere im MVZ tätige Vertragszahnärzte

Im beantragten MVZ sollen tätig werden:

Vertragszahnärzte

(hierzu bitte ggf. den Antrag auf Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung bzw. Antrag auf Verlegung der Zulassung in das MVZ ausfüllen und beifügen)

6.

Titel, Name, Vorname

Vollzulassung

Teilzulassung

7.

Titel, Name, Vorname

Vollzulassung

Teilzulassung

8.

Titel, Name, Vorname

Vollzulassung

Teilzulassung

9.

Titel, Name, Vorname

Vollzulassung

Teilzulassung

10.

Titel, Name, Vorname

Vollzulassung

Teilzulassung

11.

Titel, Name, Vorname

Vollzulassung

Teilzulassung

12.

Titel, Name, Vorname

Vollzulassung

Teilzulassung

Beiblatt 3 – weitere im MVZ tätige angestellte Zahnärzte

Angestellte Zahnärzte

(hierzu bitte den Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines(r) angestellten Zahnarztes / Zahnärztin ausfüllen und die Arbeitsverträge in Kopie beifügen)

5.
Titel, Name, Vorname

Wochenstunden:

ganztags (über 30 Std/Woche)

halbtags (ab 10 bis 30 Std/Woche)

Die konkrete Wochenarbeitszeit laut im MVZ Arbeitsvertrag beträgt _____ Stunden/Woche.

6.
Titel, Name, Vorname

Wochenstunden:

ganztags (über 30 Std/Woche)

halbtags (ab 10 bis 30 Std/Woche)

Die konkrete Wochenarbeitszeit laut im MVZ Arbeitsvertrag beträgt _____ Stunden/Woche.

7.
Titel, Name, Vorname

Wochenstunden:

ganztags (über 30 Std/Woche)

halbtags (ab 10 bis 30 Std/Woche)

Die konkrete Wochenarbeitszeit laut im MVZ Arbeitsvertrag beträgt _____ Stunden/Woche.

8.
Titel, Name, Vorname

Wochenstunden:

ganztags (über 30 Std/Woche)

halbtags (ab 10 bis 30 Std/Woche)

Die konkrete Wochenarbeitszeit laut im MVZ Arbeitsvertrag beträgt _____ Stunden/Woche.

9.
Titel, Name, Vorname

Wochenstunden:

ganztags (über 30 Std/Woche)

halbtags (ab 10 bis 30 Std/Woche)

Die konkrete Wochenarbeitszeit laut im MVZ Arbeitsvertrag beträgt _____ Stunden/Woche.

SELBSTSCHULDNERISCHE BÜRGCHAFTSERKLÄRUNG
i.S.v. § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V

der Frau /des Herrn /
der Gesellschaft
(Name, Vorname der Bürgin / des Bürgen)

vertreten durch
(Name, Vorname des Vertretungsberechtigten der Gesellschaft)

wohnhaf /ansässig in
.....
.....
.....
(Anschrift der Bürgin / des Bürgen)

gegenüber den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, insbesondere der Kassenzahnärztlichen
Vereinigung Hessen und den Krankenkassen.

Hiermit übernimmt
(Name der Bürgin / des Bürgen)

als Gesellschafter(in) der nachfolgend bezeichneten MVZ-Trägergesellschaft GmbH
.....
.....
(Name der MVZ-Trägergesellschaft)

zeitlich unbefristet und unwiderruflich die selbstschuldnerische Bürgschaft für sämtliche Forderungen
der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, insbesondere der Kassenzahnärztlichen Vereinigung
Hessen und der Krankenkassen

gegen die Trägergesellschaft des nachfolgend benannten Medizinischen Versorgungszentrums
.....
(Name des MVZ)

aus dessen vertragszahnärztlicher Tätigkeit unter Verzicht auf die Einrede der Vorausklage gem.
§§ 771, 773 Abs. 1 Nr. 1 BGB sowie auf die Einrede der Anfechtbarkeit und Aufrechenbarkeit nach
§ 770 BGB, dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des o.g. Medizinischen
Versorgungszentrums fällig werden. Die KZV Hessen ist nicht verpflichtet, sich zunächst an andere
Sicherheiten zu halten, bevor sie den Bürgen in Anspruch nimmt.

Ort, Datum

Unterschrift der Bürgin/ des Bürgen

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift weiterer Vertretungsberechtigter

Unterschrift weiterer Vertretungsberechtigter

Name in Druckbuchstaben

Name in Druckbuchstaben

Versicherungsbescheinigung gemäß § 113 Abs. 2 VVG i.V.m. § 95e SGB V
über das Bestehen eines Betriebs-/Berufshaftpflichtversicherungsschutzes für Medizinische
Versorgungszentren (MVZ)¹ sowie Vertragszahnärzte mit angestellten Zahnärzten und
Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) mit angestellten Zahnärzten (nachfolgend:
Leistungserbringer)

Name und Sitz des Leistungserbringers²: _____

Falls abweichende Trägergesellschaft: Name und Sitz des Rechtsträgers: _____

Versicherungsschein-Nr. _____

Versicherungsunternehmen: _____

Hiermit bestätigen wir, dass bei uns eine § 95e Abs. 5 Satz 3 SGB V entsprechende Pflichtversicherung für die gesamte von dem Leistungserbringer ausgehende zahnärztliche Tätigkeit besteht.

Die Versicherungssumme³ beträgt EUR _____⁴ für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden sind nicht weiter als nach § 95e SGB V zulässig begrenzt.

Ort, Datum

(Faksimilierte) Unterschrift des Versicherungsunternehmens

¹ Diese Bescheinigung ist für MVZ mit angestellten Zahnärzten und mit zugelassenen Vertragszahnärzten zu verwenden.

² Unabhängig davon, ob ein MVZ rechtlich unselbständig ist oder eine eigene Rechtspersönlichkeit hat, ist für jedes einzelne MVZ als Leistungserbringer eine Versicherungspflicht gegeben und mittels Bestätigung nach § 113 Abs. 2 VVG nachzuweisen. Zulässige weitere Tätigkeitsorte des MVZ sind im Versicherungsschutz des MVZ eingeschlossen. Eine namentliche Nennung der zulässigen weiteren Tätigkeitsorte des MVZ ist nicht erforderlich.

³ Die Mindestversicherungssumme beträgt nach § 95e Abs. 5 Satz 2 SGB V mindestens fünf Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

⁴ Anzugeben ist die tatsächliche Versicherungssumme.